REVUE MENSUELLE

DE

LAYRNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

Paraissant le 1er de chaque mois

FONDÉE ET PUBLIÉE

Par le Docteur E. J. MOURE

Professeur libre de Laryngologie et d'Otologie,

AVEC LE CONCOURS SCIENTIFIQUE DE

MM. **J. Baratoux**, à Paris. — **L. Bayer**, à Bruxelles. — **L. Elsberg**, à New-York. — **Ch. Fauvel**, Professeur libre de Laryngologie et de Rhinologie, à Paris. — **Jos. Gruber**, Professeur d'Otologie, à l'Université de Vienne.— **C. Labus**, Professeur de Laryngologie, à Milan. — **Lennox-Browne**, Chirurgien à l'hôpital central des maladies de la gorge et des oreilles, à Londres.— **C. Miot**, Professeur libre d'Otologie, à Paris. — **Noquet**, de Lille. —**G. Poyet**, Professeur libre de Laryngologie, à Paris. — **Samuel Sexton**, à New-York. — **Schnitzler**, Professeur de Laryngologie à l'université de Vienne. — **Solis Cohen**, Professeur de Laryngologie, à Philadelphie. — **Urban Pritchard**, chirurgien auriste à l'hôpital du «King's Collège», à Londres. — **Voltolini**, à Breslau.

TOME III

1883

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, — Place de l'Odéon, — 8

MDCCCLXXXIII

4e Année. N° 1. 1er Janvier 1883

REVUE MENSUELLE DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

SOMMAIRE. — **Travaux originaux** : Contribution à l'étude du cancer du larynx, par le Dr F. Schiffers, assistant à l'Université de Liége ; Rapport sur les maladies de l'oreille traitées à la clinique du prof. Gruber, du 1er janvier au 31 décembre 1881, par le Prof. Gruber, médecin auriste à l'Hôpital général (K. K.) de Vienne. — **Sociétés savantes** : Société de médecine de Berlin (Séance du 25 octobre et du 1er novembre 1882). Du Diagnostic de l'ulcère tuberculeux du larynx. -- **Revue de la Presse.** — **Exposition de Bordeaux.**

TRAVAUX ORIGINAUX

Contribution à l'étude du cancer du larynx.

Par le Dr F. Schiffers,
Assistant à l'Université de Liége.

Le cancer du larynx forme actuellement encore, dans les traités de pathologie spéciale, un chapitre qui n'est pas exactement défini. Si l'histoire de cette affection a été mieux étudiée dans ces derniers temps, grâce à des observations plus minutieuses, elle laisse cependant toujours à désirer. Il suffit, pour s'en convaincre, de jeter un coup d'œil sur la définition de la maladie donnée par les auteurs: ce n'est qu'une longue énumération des symptômes qui se trouvent, au surplus, rarement réunis, ou bien il y a confusion entre le cancer du larynx proprement dit (cancer primitif) et celui des organes connexes. Ce défaut d'exactitude trouve du reste son excuse dans la grande variabilité des phénomènes subjectifs observés pendant la vie; si l'esquisse est quelquefois nettement dessinée, souvent ce n'est qu'une pâle ébauche

où un œil attentif ne distingue presque rien. Il faut, en outre, remarquer que la maladie a généralement une marche lente et qu'elle persiste longtemps dans l'organe atteint sans retentir sur l'organisme. Toutefois, il peut arriver des accidents prématurés du côté de l'œsophage ou des premières voies aériennes. Si, dans ces conditions, la sonde œsophagienne n'est pas introduite ou si la trachéotomie n'est pas faite rapidement, la mort arrivera en quelque sorte d'une façon foudroyante et l'affection n'aura pas été reconnue, aucun diagnostic rationnel n'aura pu être porté. De plus, si l'on considère que la maladie attaque ordinairement des hommes robustes, il ne faut pas s'étonner que la sagacité du praticien puisse être prise en défaut, et que, dans ces cas, les phénomènes présentés par le malade ne soient pas rapportés à leur vraie cause.

Le diagnostic est donc parfois difficile, et il ne sera souvent possible que par exclusion. Même quand la symptomatologie est plus caractéristique, nous ne dirons pas avec Stœrk que la confusion avec une affection syphilitique est impossible.

Il suffit de se rappeler le cas de Ziemssen pour ne pas contester ce fait.

Il s'agissait d'un homme de 68 ans, maigre et pâle, chez lequel l'examen laryngoscopique permit de découvrir une surface ulcéreuse sur le bord droit de l'épiglotte et dans le sinus pyriformis droit, ainsi qu'une intumescence plus ou moins circonscrite de la corde vocale droite. La muqueuse du larynx et des parties voisines était, à droite, d'un rouge sombre et gonflée; la surface de l'ulcération était couverte d'une sécrétion muco-purulente abondante. Le résultat de cet examen, en tenant en outre compte de l'âge du malade, de la douleur qui s'irradiait du côté droit du cou vers l'oreille droite, tendait à faire admettre un ulcère carcinomateux Cependant, pour assurer le diagnostic, quoiqu'il n'y eut alors aucun symptôme suspect de syphilis, l'iodure de potassium fut administré au malade. Après quelques semaines, il ne restait plus de la lésion qu'une petite cicatrice au bord droit de l'épiglotte.

Si l'on s'en tient à l'aspect laryngoscopique, abstrac-

tion faite du siège de la lésion, il est de fait que certains cas de cancer du larynx ressemblent à celui de Ziemssen.

D'après Stoerk, si dans le muqueuse il se montre des noyaux durs, il faut admettre une formation de gommes; ce qui suppose une longue durée de la maladie, et alors d'autres organes seront atteints en même temps de syphilis.

Mais l'affection peut se localiser en quelque sorte dans le larynx, les accidents primaires et des accidents secondaires, s'il y en a eu, peuvent avoir passé inaperçus. Nous observons en ce moment un malade chez lequel toute la maladie s'est pour ainsi dire concentrée dans l'organe vocal; l'accident primaire n'a jamais été connu du sujet. Les phénomènes qu'il a présentés ont été très-graves, la trachéotomie était imminente. Le danger a cependant pu être conjuré grâce au traitement spécifique; ce qui ne peut donc laisser de doute sur le diagnostic. Le haut degré d'intensité des lésions, qui étaient du reste en rapport avec les symptômes, s'explique naturellement parce que l'action du virus syphilitique s'est portée sur un seul organe. Si cet exemple n'est pas commun, il se voit cependant; il a été constaté ailleurs.

Nous avons sous les yeux l'histoire clinique, suivie de l'autopsie détaillée, d'un cas de cirrhose syphilitique du foie avec production de gommes.

Il a été absolument impossible de trouver une autre lésion concomitante ou seulement une trace de la maladie antérieure. Le sujet a succombé en présentant les symptômes d'une cirrhose mixte. L'accident primaire avait encore passé ici inaperçu; le diagnostic de syphilis hépatique ne pouvait s'appuyer sur aucun phénomène commémoratif ou concomitant.

Que ces cas soient rares, nous le concédons volontiers, mais c'est précisément pour les cas difficiles qu'il s'agit d'établir un diagnostic différentiel. Si plusieurs signes sont réunis, tout est bientôt dit; pas n'est besoin que la lésion du larynx se présente avec tous ses caractères.

Le carcinôme ne reste pas toujours aussi exactement limité à un côté de l'organe; s'il existe dans les autres points une légère tuméfaction, il s'agit plus d'une fois

d'une infiltration par la masse cancéreuse, et en réalité toute la partie est atteinte, Nous avons pu le constater encore dernièrement sur une épiglotte épithéliomateuse enlevée, qui semblait seulement malade à droite ; il existait un peu de gonflement à gauche. Sur une coupe transversale, il était facile de s'apercevoir que tout le tissu était infiltré. Nous n'hésitons pas cependant à reconnaître que la délimitation de la léson existe ordinairement dans le cancer, autant du moins que le laryngoscope permet de le constater.

D'un autre côté, l'existence antérieure d'un chancre et de manifestations secondaires ne rend pas impossible l'apparition d'une affection cancéreuse du larynx. Chez un malade qui avait eu autrefois un chancre, il survint un épithélioma du larynx dont le diagnostic fut confirmé par l'examen microscopique; le traitement spécifique, institué du reste tout d'abord sous toutes les formes. n'avait rien produit. Nous avons également souvenance d'un autre malade syphilitique qui a succombé à un carcinôme de l'œsophage; ce que l'autopsie a entièrement confirmé. Il en résulte donc qu'une affection n'exclut pas l'autre, surtout en ce qui concerne les organes des premières voies respiratoires et digestives.

Nous devrons avoir recours, dans les cas de l'espèce, à l'examen microscopique, quand il sera possible, et il le sera assez souvent. Nous ne parlons naturellement pas des cas analogues à celui de Ziemssen, où il n'y a qu'une ulcération accompagnée d'une tuméfaction plus ou moins notable de la muqueuse; le criterium sera alors le traitement. Mais s'il s'agit d'une tumeur plus ou moins circonscrite, (c'est l'épithelioma qui est la forme la plus fréquente d'après les statistiques concordantes de Morell Mackenzie, de Schrötter et de Ziemssen) dans la plupart des cas, il sera possible d'en enlever une partie, soit avec l'anse galvanique soit avec la pince. L'examen microscopique ne pourra laisser de doute ; la conduite du médecin sera alors toute tracée. Le traitement syphilitique qui aurait été institué, doit être cessé au plus tôt, si l'on ne veut pas précipiter la marche fatale de la maladie. Il n'y a pas de contre-indication à l'emploi de ce moyen, qui est peut-être trop négligé parce qu'il est simple. Cette petite

opération sera faite avec le plus de délicatesse possible, et il suffira d'enlever une portion si minime qu'elle soit de la tumeur. Si l'on veut courir les chances de la laryngotomie, il faut y procéder aussitôt que possible et ne pas laisser le malade s'épuiser par un traitement spécifique. La simple trachéotomie pratiquée de bonne heure mettra également le malade dans de beaucoup meilleures conditions pour résister à l'action épuisante de la maladie.

La constitution extérieure du cou ne donne non plus que rarement une indication utile pour diagnostiquer le cancer du larynx. Ce n'est que dans quelques cas rares que l'on a « la carapace de crustacé » d'Isambert par suite de l'épaississement et de l'écartement des lames du cartilage thyroïde. Certains auteurs attachent cependant de l'importance à la forme extérieure du larynx dans cette maladie. Ainsi, nous voyons que le professeur Bergmann de Würzburg, actuellement titulaire de la clinique de chirurgie à Berlin, a invoqué dernièrement l'absence de ce signe et de deux autres qni font souvent défaut eux-mêmes, (l'engorgement ganglionnaire et l'absence de troubles de la santé générale du sujet) pour rejeter, dans un cas, le diagnostic de cancer de la corde gauche porté par le professeur Rossbach. Le malade fut soumis inutilement à une cure antisyphilitique; la trachéotomie fut faite, puis l'extirpation du larynx pratiquée peu de temps après. La guérison eut lieu cinq semaines plus tard et la voix se rétablit par un larynx artificiel. Il n'est pas moins vrai qu'on avait perdu du temps et institué un traitement irrationnel, débilitant pour le sujet.

Si l'examen laryngoscopique le plus minutieux nous laisse quelquefois dans le doute sur le diagnostic, il faut bien avouer que la symptomatologie laisse encore plus à désirer sous ce rapport. La cachexie, entre autres phénomènes, se montre rarement, et l'on est étonné souvent de constater les lésions les plus manifestes et les plus étendues chez des malades, qui présentent tous les attributs de la santé, et où il n'existe pas même d'amaigrissement. Ce symptôme manque ordinairement à cause de la limitation du cancer à l'organe vocal. Il faudrait

cependant un plus grand nombre d'observations que celles connues, pour établir quels sont les rapports de cette absence de cachexie dans le cancer du larynx avec celui des autres organes. Car plus d'une fois il arrive que le cancer de l'estomac ou de l'intestin, par exemple, passe inaperçu pendant la vie; il n'est révélé que par l'autopsie.

La douleur non plus n'est pas un symptôme constant; elle manque très souvent complètement.

Un des phénomènes les plus fréquents et parfois des plus marqués est la raucité de la voix, qui peut avoir des degrés variables en rapport du reste avec le siège de la lésion; elle pourra aller jusqu'à l'aphonie complète, si le récurrent est impliqué dans la masse cancéreuse.

Les troubles respiratoires sont souvent très légers ou n'existent pas; dans certains cas, il est vrai, il y aura du cornage.

Il résulte donc que la symptomatologie est tout à fait insuffisante et le restera probablement; l'examen laryngoscopique sera toujours nécessaire et quelquefois il devra être complété par l'examen microscopique ou le traitement permettra seul de porter un diagnostic par exclusion.

Si nous n'avons pas encore parlé de l'engorgement ganglionnaire, c'est que nous voulons attirer tout spécialement l'attention sur lui. Le médecin devra rechercher avec beaucoup de soin ce signe, qui peut le mettre sur la voie du diagnostic dès le début de l'affection. Si le cancer a son siège sur la surface extérieure du larynx, cet engorgement existera en effet toujours; il faudra inspecter les sinus pyriformis, qui sont parfois le siège d'une tumeur plus ou moins volumineuse venant émerger à la partie supérieure; elle peut être constatée assez facilement à l'aide du miroir. Cette lésion existe quelquefois, tandis que l'intérieur du larynx est intact ou à peu près, ou du moins ne présente qu'une tuméfaction qui serait aussi bien rapportée à une affection du tissu sous muqueux ou du périchondre. Quand un malade se présente avec un engorgement quelque peu douloureux au cou, sans même accuser de troubles du côté de la voix ou de a respiration, il faudra donc procéder minutieusement à

cet examen. L'absence de douleur ou de gêne à la déglutition n'exclut pas la possibilité de l'existence d'une tumeur dans une gouttière latérale du larynx; le miroir est nécessaire pour révéler sa présence au début.

D'un autre côté, l'adénopathie pourra manquer absolument dans le cas de cancer intrinsèque; il ne faudra jamais exclure d'emblée cette affection, si ce signe n'existe pas, alors même que les phénomènes présentés par le malade sont très graves.

Ces remarques se rapportent assez bien au cas d'un malade, âgé de cinquante-trois ans, professeur de langues, qui est venu à la policlinique de l'Université de Liége, à cause d'une raucité qu'il désirait voir disparaître au plus tôt.

Il était dans la période de la vie (50-60 ans), où le cancer du larynx a été observé le plus souvent, d'après la statistique de Morell Mackensie et celle de Ziemssen. Le malade s'est présenté à notre premier examen, le 2 novembre 1881. Il nous raconte qu'il a renoncé à donner ses leçons depuis le mois de mai de la même année. A cette époque, cependant, la voix était encore assez bonne; mais ce symptôme, dont le début remontait au commencement du mois de mars, devenait de plus en plus prononcé. Le malade se plaignait en outre d'une toux assez fatiguante, accompagnée d'une expectoration muco-purulente peu abondante. La respiration se faisait bien; la déglutition n'était pas gênée. Amaigrissement et perte des forces depuis quelque temps. En juin 1881, il avait craché environ deux décilitres de sang rouge; l'hémorrhagie promptement arrêtée ne s'était pas reproduite. Le malade était grand fumeur, il se servait souvent de pipes en terre à court tuyau; néanmoins, il ne s'était jamais plaint de la gorge. Sans avoir fait des excès alcooliques à proprement parler, il avait cependant pris de l'alcool. Pas d'affection syphilitique antérieure ni aucune autre maladie. Sa mère vit encore, elle est âgée de 87 ans. Son père est mort à l'âge de 36 ans « d'un mal de cœur ». Ses frères et sœurs sont morts, n'ayant pas attéint l'âge de 2 ans. Ses grands parents sont morts entre 60 et 85 ans.

Tel est l'état des commémoratifs et des symptômes accusés par le malade.

La figure est anémiée, il n'y a pas de cachexie. Le sujet est d'une constitution robuste et présente encore un certain degré d'embonpoint.

A l'examen laryngoscopique, nous constatons que la glotte est occupée par la partie gauche du larynx tuméfiée, c'est-à-dire que la corde vocale supérieure gauche et une notable portion de la paroi interne du même côté s'avancent sur la glotte qu'elles surplombent, en quelque sorte. On ne peut apercevoir la corde vocale inférieure gauche; lors des mouvements respiratoires ou pendant la phonation, les cartilages aryténoïdes entrent en mouvement. L'espace glottique, ou plutôt la portion gauche du larynx qui le limite et touche presque la paroi interne droite, a l'aspect d'une ligne courbe à convexité tournée vers la droite. Cette partie du larynx est d'une coloration rouge foncé; il n'y a pas d'ulcération. L'épiglotte semble normale, ainsi que la partie droite du larynx, qui est accessible à la vue, c'est-à-dire la région aryténoïdienne, la corde vocale supérieure et la gouttière latérale du larynx. Les replis glosso-épiglottiques latéraux gauches et pharyngo-épiglottiques du même côté sont épaissis, à surface inégale. Le sinus pyriformis gauche n'est pas aussi large qu'à droite, mais à un premier examen, nous n'y découvrons pas de tumeur. Quelques jours plus tard, nous constatons qu'il y existe une masse d'un aspect rosé, à surface inégale, comme framboisée, d'une coloration à peu près uniforme dans toute son étendue. La partie visible qui émerge a le volume d'un gros pois. Au moyen de la pince de Morell Mackenzie, nous enlevons le plus délicatement possible une petite portion de cette masse, il ne s'ensuit aucune réaction. Le malade n'accuse aucune douleur, il s'écoule à peine quelques gouttelettes de sang. L'examen microscopique du néoplasme nous fait reconnaître qu'il s'agit d'une masse infiltrée d'un grand nombre de cellules épithéliales avec une couche très épaisse de revêtement formée par des cellules de même espèce. La nature carcinomateuse de l'affection (épithélioma), que nous avions supposée de prime abord, étant donné l'aspect général du larynx et les autres phénomènes constatés, était dès lors mise hors de doute.

Notons encore que sous le bord antérieur du sterno-cleïdo-mastoïdien du côté gauche, il existait un ganglion fortement engorgé. Il avait le volume d'une grosse noix et se trouvait au niveau d'une ligne passant par le bord supérieur du cartilage thyroïde. Il était douloureux à la pression seulement et pouvait être plus ou moins déplacé. Il y avait en outre quelques ganglions plus petits dans le triangle sus-claviculaire gauche. Absence d'adénopathie dans la nuque.

A l'examen extérieur, le larynx ne présentait rien de particulier; la pression, à son niveau, ne causait pas de douleur. Il en était de même lors des différents mouvements d'élévation et d'abaissement spontanés ou provoqués.

Ce n'est que vers le milieu de novembre, que la respiration devient gênée; à l'auscultation du larynx, on entend un bruit rude aux deux temps. Il existe un peu de cornage quand le malade s'est donné du mouvement; à l'état de repos, le bruit perçu est fort léger.

A l'examen de la poitrine, peu de signes à noter. La respiration est rude dans les parties supérieures; elle est affaiblie aux bases. Quelques râles sous-crépitants dans la partie postérieure du thorax. Pas de modifications appréciables à la percussion. Le cœur est trouvé normal. L'abdomen présente encore assez d'embonpoint; rien de particulier à noter dans les différents organes. Le malade ne se plaint, du reste, d'aucun trouble de ce côté; les digestions se font bien, il existe seulement de la constipation.

Pendant les premiers jours, le patient avait été soumis à l'usage de l'iodure de potassium et de pilules au proto-iodure de mercure. Aussitôt l'examen microscopique de la tumeur achevé, cette médication fut abandonnée, et la liqueur de Fowler fut seule ordonnée. Le malade prenait, en outre, de la glace; nous avons aussi fait quelques attouchements avec la teinture d'iode sur la partie gauche interne du larynx, puis des insufflations avec l'iodoforme. La tuméfaction des parties avait un peu diminué; une notable portion de la corde inférieure droite était visible.

Nous avions parlé au malade de la nécessité de la tra-

chéotomie, le seul traitement à instituer chez lui. Il ne fallait évidemment pas penser à la laryngectomie qui ne devait pas, selon nous, présenter la moindre chance de succès, à cause surtout de la délimitation trop peu nette de la lésion et de l'engorgement envahissant de plusieurs ganglions.

Sans refuser l'opération, le malade tardait à entrer à l'hôpital; il n'était pas possible de l'opérer chez lui où il ne pouvait recevoir le moindre soin.

Dans la nuit du 19 décembre, il éprouva une plus grande gêne de la respiration; il vint cependant encore à pied, le lendemain, à la policlinique. Quand il était assis depuis quelques instants, il respirait assez facilement. Il n'y avait pas de cyanose; la figure était plutôt pâle.

Sur nos instances, il se décide à venir l'après-midi à l'hôpital pour subir, ce jour-là même, l'opération de la trachéotomie; mais il veut auparavant retourner à son logement pour arranger certaines affaires.

Depuis quelques jours, outre la gêne de respiration, il se plaignait de douleur à la déglutition, l'haleine devenait un peu forte. Il y avait parfois des stries de sang dans les crachats. Les végétations du larynx étaient plus nombreuses; la surface interne de l'organe n'était pas plus tuméfiée.

Le malade a été amené l'après-midi à l'hôpital, où il a succombé subitement à peine arrivé. Nous ne l'avons pas vu à ce moment, mais l'interne qui l'a reçu nous a dit que la figure était pâle; la résolution était presque complète et le malade semblait étranger à ce qui se faisait autour de lui. La respiration n'était pas accélérée. La trachéotomie, quelque promptitude qu'on y eut apporté, n'aurait pu être pratiquée. Elle n'aurait du reste servi à rien.

Ces symptômes que le malade a présentés dans les derniers temps, se rapportent évidemment à un état syncopal. Y avait-il eu hémorrhagie avec accumulation du sang dans l'estomac, ce qui avait amené la syncope mortelle? Hypothèse pour hypothèse, celle-ci avait peut-être quelque raison d'être, d'autant plus que les végétations laissaient échapper du sang depuis plusieurs jours.

L'*autopsie* est pratiquée le 22 décembre 1881, à huit heures

du matin, par M. le docteur *Ch. Firket*, **assistant du cours** d'anatomie pathologique.

Le *corps* est bien développé, le panicule adipeux est abondant, notamment au niveau des parois abdominales. Quelques cicatrices anciennes sur le devant de la poitrine et sur les joues. (Le malade nous avait dit que c'étaient des coups de rapière qu'il avait reçus pendant sa vie universitaire).

Le *cerveau* ne présente rien de particulier: dans la piemère, on note un peu de suffusion sanguine au niveau du lobe frontal droit.

La *cavité abdominale* étant ouverte, on constate une surcharge graisseuse du mésentère et du grand épiploon; il n'existe pas une seule goutte de liquide dans la cavité du péritoine ni du petit bassin.

La surface du foie présente l'aspect qu'elle offre dans la cirrhose; le volume de l'organe paraît [illegible]. Le diaphragme remonte au bord supérieur de la [illegible]. En examinant la région de la veine ombilicale, et [illegible] suspenseur du foie, on ne constate pas [illegible] de signes de circulation collatérale.

A l'ouverture du *thorax*, on trouve la [illegible] par plusieurs adhérences anciennes; la cavité [illegible] côté, de même que la plèvre gauche, ne contient pas de liquide.

Le *péricarde* libre de liquide est [illegible] de graisse de même que le tissu [illegible].

Le *cœur* ne présente rien à noter.

Les *poumons*, outre un peu de [illegible] et d'hyperémie hypostatique très [illegible] nombreux noyaux blancs d'apparence [illegible] disséminés soit à la surface, soit dans [illegible] pulmonaire. Ces noyaux ne présentent que peu de [illegible] dégénérescence; tous paraissent être de [illegible] récente. Leurs dimensions varient de celle d'un [illegible] à celle d'une noisette.

Le *larynx* est le siège d'une tumeur [illegible] spécialement la paroi [illegible] gane. La masse néoplasique [illegible] gauche et coiffe la partie supérieure du [illegible] Elle est encore un peu mobile sur [illegible] mesure deux centimètres de diamètre [illegible]

hauteur sur la ligne médiane, elle s'étend à deux centimètres et demi au-dessus du bord supérieur du cartilage thyroïde et descend en arrière le long de la face postérieure de ce cartilage. Les lésions s'étendent à gauche dans le repli aryténo-épiglottique formant là de petites nodosités. Cette masse carcinomateuse située à gauche de la ligne médiane présente dans son centre une véritable caverne de ramollissement actuellement occupée par des détritus et par du sang. Sur la paroi latérale gauche du larynx, le néoplasme se prolonge en formant une nodosité qui n'est pas ulcérée, l'infiltration restant limitée au tissu sous-muqueux. L'épiglotte est saine ainsi que la paroi droite du larynx. Les cordes vocales gauches sont au contraire complètement effacées par la saillie du néoplasme.

Les ganglions du côté gauche du cou sont infiltrés par le néoplasme carcinomateux. L'un d'eux surtout, situé tout contre la veine jugulaire, présente des altérations déjà considérables. Il mesure trois centimètres et demi de longueur, deux de largeur. Son tissu est d'un blanc rosé, manifestement néoplasique. En quelques points se sont produites des dégénérescences, parfois même assez étendues. D'autres ganglions voisins, qui suivent le trajet de la veine jugulaire, présentent une certaine tuméfaction sans infiltration néoplasique visible à l'œil nu.

La *rate* plutôt petite mesure neuf centimètres trois quarts de longueur, deux centimètres trois quarts d'épaisseur. Les travées conjonctives se voient très-nettement. La consistance de l'organe n'est pas sensiblement modifiée. La capsule est épaissie surtout à l'extrémité supérieure, où elle est presque de consistance cornée.

Le *rein gauche*, de forme un peu irrégulière, montrant sa lobulation, comme dans l'enfance présente une consistance notablement plus ferme que normalement. La surface est légèrement granuleuse, et, en certains points, la couche corticale est diminuée d'épaisseur. Les glomérules de Nalpighi se distinguent nettement.

Le *rein droit*, un peu plus petit que normalement, a les mêmes caractères. Son état granuleux de surface est un peu mieux indiqué. On y trouve quelques kystes, dont l'un atteint les dimensions d'une petite noisette.

Le *foie*, à surface inégale et bridé par quelques adhérences

anciennes, pèse 1,290 grammes. La surface est surtout granuleuse à la face supérieure du lobe droit au voisinage du ligament suspenseur et à la surface du lobe gauche, qui est manifestement diminué de volume et plus que le droit. Les dimensions de l'organe sont de 22 1/2 centimètre de longueur 19 de largeur, 8 1/2 d'épaisseur, ces deux dernières dimensions étant prises au niveau du lobe droit. Sur la coupe, le tissu qui est dur et résistant, se montre traversé de bandes grises manifestement conjonctives isolant des lobules ou des groupes de lobules et présentant une teinte jaune roux. D'ailleurs on ne constate pas de grandes inégalités de surface de coupe, les lobules ne font guère saillie; ce qui indique que le tissu conjonctif n'a pas subi de rétraction considérable et ce qui peut expliquer l'absence presque complète de phénomènes de stase. Les veines de l'orifice cardiaque de l'estomac notamment ne présentent pas de dilatation, pas plus que celles du ligament suspenseur du foie. Un peu de gravier et quelques petits calculs très foncés se trouvent dans la vésicule biliaire.

L'estomac contient un peu de matières liquides; sa surface est tapissée de mucus mélangé d'un peu de sang rouge paraissant assez frais.

L'intestin ne présente dans sa partie supérieure rien d'anormal. A 2 1/2 centimètres de son orifice, le jejunum contient des matières pâteuses, noirâtres, qui paraissent fermées par du sang extravasé dans l'intestin depuis quelque temps déjà. Cette hémorrhagie se prolonge dans les parties inférieures de l'intestin.

Le *diagnostic anatomique* est donc :

Épithélioma du larynx. Noyaux métastatiques dans le poumon. Cirrhose du foie et des reins sans phénomènes de stase, sauf une hémorrhagie intestinale. Suffusion sanguine dans les méninges. Gravier et calculs dans la vésicule biliaire.

En examinant le larynx plus en détail, et par différentes coupes que nous pratiquons, nous pouvons nous convaincre que l'affection a dû débuter par la corde vocale supérieure gauche qui est infiltrée dans toute son étendue; elle empiète notablement sur le sinus de Morgagni du même côté. La corde inférieure parait intacte. Le cartilage aryténoïde gauche a déjà subi un commen-

cement d'infiltration. La lame du cartilage thyroïde à droite est atteinte de nécrose dans une petite étendue tout contre la crête médiane ; ce point correspond à l'extrêmité antérieure de la corde gauche qui est fortement infiltrée et adhère au côté droit. La lame droite de ce cartilage est mince et plus fragile que celle de gauche qui, au contraire, est assez notablement épaissie. Le cartilage de l'épiglotte est également épaissi et comme induré; mais la muqueuse qui le recouvre est intacte.

Parmi les 37 cas de Fauvel, 26 fois la moitié gauche du larynx était atteinte d'abord, et la fausse corde avait été le point de départ du néoplasme, chez 16 de ces malades. D'après la statistique de Morell Mackenzie, la fausse corde vocale droite aurait été prise d'abord 15 fois, la gauche, 13 fois.

Les cas d'autopsie détaillée de cancer du larynx ne sont pas tellement fréquents que nous n'ayons pas jugé intéressant de publier celui-ci.

Il ressort de là pour nous plusieurs enseignements. Nous attirons surtout l'attention sur l'existence de ces masses néoplasiques disséminées dans les poumons, que l'examen de la poitrine permettait bien difficilement de constater. Ce fait a certainement beaucoup d'importance au point de vue du traitement à instituer, puisque le cancer n'est plus localisé uniquement au larynx.

La laryngotomie, pratiquée même avec le plus grand succès dans ces conditions, ne peut être que palliative, la terminaison fatale arrivera à plus ou moins courte échéance. Cette complication métastatique est-elle fréquente, oui ou non? Nous ne sachions pas que toutes les autopsies aient pu être faites, au moins assez complétement, pour s'assurer si réellement le cancer était toujous limité au larynx, ce que les symptômes permettaient de supposer. C'est ce qui serait arrivé chez notre malade, si le contrôle exact n'avait pu être établi *post mortem*. Il était bien difficile, sinon impossible, de diagnostiquer cette lésion du poumon au degré qu'elle avait atteint. Il faudra donc faire un examen attentif et répété de la poitrine ainsi que de l'expectoration, où le microscope pourra peut-être révéler soit une destruction du tissu

pulmonaire, soit son envahissement par le néoplasme. Ce soin ne devra pas être négligé chez tous les malades atteints de cancer du larynx, surtout s'il s'agit de leur proposer la laryngectomie.

L'autopsie nous a également permis de constater l'état cirrhotique du foie et des reins, qui reconnaît le plus souvent pour cause l'abus des alcooliques. Le malade n'avait du reste pas absolument nié avoir fait des excès sous ce rapport. Ce fait prouve que l'alcool ne peut être incriminé ici dans la production du cancer du larynx; il a porté toute son action sur l'organe hépatique. Nous pensons également que le tabac peut être mis hors de rang au point de vue étiologique. Notre malade était grand fumeur; mais comment est-il possible de s'imaginer un effet aussi spécial sur le larynx, sans que l'isthme du gosier et le pharynx qui devraient en subir les premières atteintes, présentent de l'irritation. Le sujet ne s'était jamais plaint de ce côté à aucune époque. Du reste aucun médecin n'admettra cette raison étiologique; les fumeurs sont très nombreux et le cancer du larynx est relativement rare.

Le malade ne s'était jamais fatigué outre mesure à parler; il n'avait jamais rien eu à la voix avant le début de cette raucité. Les fatigues vocales, dont l'effet sur la production du cancer du larynx sont du reste encore à démontrer, ne peuvent donc entrer ici en ligne de compte.

Nous n'avons non plus absolument rien trouvé dans les antécédents de famille.

La cause immédiate nous échappe entièrement; nous avons retrouvé chez notre malade les conditions qui se sont déjà rencontrées dans beaucoup d'observations : constitution robuste, période de la vie entre 50 et 60 ans, absence d'hérédité, influence du sexe. Cette dernière est frappante; la proportion est à peu près de 1 à 4 d'après les statistiques de Morell, Mackenzie, Ziemssen et Fauvel. Il est également évident pour nous avec ce dernier auteur, que le cancer joue au larynx chez l'homme le même rôle qu'il joue à l'utérus chez la femme. Cette sorte de compensation, si nous pouvons nous exprimer ainsi, établie d'un sexe à l'autre, ne prouve peut-être rien au point de vue étiologique direct; il n'en est pas moins intéressant

de constater cette prédisposition manifeste de l'un ou l'autre organe. Il y a sympathie entre eux à l'époque de la puberté; leur influence réciproque est évidente. A la période où la femme est ordinairement atteinte de cancer de l'utérus, c'est le larynx qui, chez l'homme, paie son tribut à cette terrible maladie, toutes proportions gardées. Car, bien évidemment, la premlère de ces affections est de beaucoup plus fréquente que la seconde.

Telles sont les quelques remarques que nous ont suggérées le cas que nous rapportons plus haut et quelques autres que nous avons eu l'occasion d'observer antérieurement. Sans prétendre que nous aurons fait beaucoup avancer cette question, du reste fort difficile, nous nous sommes permis de présenter cette note aux lecteurs de la *Revue de laryngologie*. Nous n'avons cherché à voir que des faits et nous en avons tiré les conclusions qui nous semblaient les plus rigoureuses.

Dr F. SCHIFFERS.

Rapport sur les maladies de l'oreille traitées à la clinique, du prof. G. Gruber, du 1er janvier au 31 décembre 1881.

Par le professeur GRUBER

Médecin auriste à l'Hôpital général (K.-K.) de Vienne.

Durant l'année 1881, mille sept cent quatre-vingt six malades (1112 hommes et 674 femmes) sont venus demander des soins à la clinique. En ajoutant à ce nombre les malades restés en traitement de l'année 1880, soit 119, dont 65 hommes et 54 femmes, la somme totale des individus traités a été de 1,905, qui se répartissent, d'après leur âge, de la manière suivante :

		Hommes.	Femmes.
De 6 mois à 5 ans	117	64	53
5 ans à 15	290	181	109
15 à 30	650	377	273
30 à 50	495	327	168
50 à 60	136	82	34
60 à 80	96	71	25
Au-dessus de 80	2	2	

D'après leurs professions:

Hommes : Cordonniers, 42; employés, 39; serruriers, 33; tailleurs, 30; étudiants, 26; menuisiers, 26; garçons, 24; commis, 23; agents de commerce. 19; marchands, 19; manœuvres, 18; ouvriers, 17; domestiques, 17; cochers, 16; boulangers, 15; cultivateurs, 15; maçons, 13; professeurs, 12; tourneurs, 17; portefaix, 11; bouchers, 10; aubergistes; 10; musiciens, 10; coiffeurs, 9; forgerons, 9; sergents de ville, 9; conducteurs, 8; jardiniers, 8; frippiers, 7; typographes, 7; sculpteurs, 6; commissionnaires, 6; laitiers, 6; meuniers, 6; voituriers, 6; huissiers, tanneurs, chapelliers, voyageurs, copistes, tisserands, ébénistes, de chaque 5; médecins, brasseurs, prêtres, bucherons, fourreurs, passementiers, horlogers, de chaque, 4; Peintres, plâtriers, aveugles, touristes, ouvriers du chemins de fer, marchands de cuir, apprentis, mécaniciens, portiers, directeurs des postes, conducteurs des chemins de fer, tailleurs de pierre, fabricants de poches, tapissiers, de chaque, 3; aiguilleurs, ouvriers pour le bronze, cafetiers, caissiers, colporteurs, teinturiers, apprentis chauffeurs, gainiers, orfèvres, maîtres de chais, quincailliers, magasiniers, artistes peintres, employés au marché, propriétaires, polisseurs, selliers, carossiers bateliers, ouvriers pour la soie, couvreurs, de chaque, 2; entrepreneur, architecte, roulier de bière, imprimeur, libraire, chimiste, choriste, accordeur de pianos, aumônier, commissaire de police, roulier, inspecteur des finances, compagnon, boucher, guide, charretier, fabricant d'articles de luxe, enfant, fabricant de galvanos, général, fondeur, fermier, professeur de Lycée, ouvrier plâtrier, gantier, maître d'hôtel, chauffeur, garçon d'hôtel, maréchal-ferrand, ingénieur, destructeur d'insectes, facteur de pianos, fabricant de peignes, chef d'orchestre, peintre de cartes de géographies, fabricant de bougies, de chaudrons, suisse, charbonnier, fabricant de corbeilles, d'articles en cuivre, surveillant, ouvrier en métaux, graveur sur métaux, fabricant d'instruments, professeur de musiques, notaire, officier, employé à la poste, papetier, tourneur, fabricant de pipes, photographe, rabbin, terrassier, ouvrier en argile, fabricant de parapluies, employé d'école, directeur de Lycée, professeur de natation, matelot, fabricant de savon, soldat, pilote, surveillant du chemin de fer, marchand d'antiquités vétérinaire, palefrenier, conducteur de bestiaux, blanchisseur, employé aux poids public, fabricant de peaux, magicien, marchand de journaux, drapier, peintre décorateur, confiseur, de chaque 1; les autres n'avaient aucune occupation déterminée.

Femmes : Servantes, 135; ouvrières, 102; journalières, 68; femmes de chambres, 54; cuisinières, 31; blanchisseuses, 20; couturières, 12; paysannes, 8; maîtresses d'hôtel, 5; sages-femmes, religieuses, marchandes, nourrices de chaque, 2; caissière, aubergiste, de chaque 1. Les autres n'avaient aucune occupation déterminée.

	NOM DES MALADIES	Restés à la fin de l'année 1881 — Hommes	Restés à la fin de l'année 1881 — Femmes	HOMMES — Droite	HOMMES — Gauche	HOMMES — Des deux côtés	TOTAL	FEMMES — Droite	FEMMES — Gauche	FEMMES — Des deux côtés	TOTAL
Oreille externe	Difformités du pavillon....	»	»	1	»	1	2	1	»	»	1
	Lésions du pavillon.......	»	»	1	1	»	2	»	»	»	»
	Hématomes de l'oreille....	»	»	1	1	»	2	»	»	»	»
	Lupus humide............	»	»	2	3	3	8	4	2	2	8
	» rodens............	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»
	Abcès derrière le pavillon.	»	»	1	1	»	2	»	»	»	»
	Gonflement du pavillon....	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»
	Corps étrangers du conduit.	»	»	8	12	»	20	9	5	1	15
	Amas de cérumen........	»	»	39	44	93	176	9	20	51	80
	Démangeaisons du conduit.	»	1	»	»	1	1	1	»	1	2
	Inflammation circonscrite du conduit auditif externe.	»	4	27	29	3	59	10	20	5	35
	Inflammation diffuse.......	»	»	5	3	2	10	3	2	»	5
	» parasitaire...	»	»	1	2	»	3	2	»	1	3
	Papules syphilitiques du conduit...............	»	»	»	»	»	»	»	»	1	1
	Polypes................	»	1	2	3	1	6	2	»	»	2
	Exostoses,...............	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»
	Rétrécissements du conduit.	1	1	»	»	»	»	1	»	»	1
	Lésions du tympan.......	»	»	3	5	»	8	»	2	»	2
	Inflammation aiguë.......	»	»	8	7	»	15	1	3	»	4
	» chronique...	»	»	1	1	»	2	»	2	»	2
	Dépôts calcaires..........	2	2	4	1	1	6	2	»	3	5
	Épaississements	3	»	»	»	2	2	»	»	1	1
	Atrophie................	»	2	1	»	»	1	»	»	1	1
	Perforations sèches.......	9	3	11	3	5	19	2	2	2	6
	Cicatrices..............	5	1	8	4	7	19	8	3	3	14
	Relâchements du tympan..	1	1	1	»	1	2	1	1	1	3
Oreille moyenne	Catarrhes aigus..........	»	»	8	6	8	22	4	2	7	13
	» chroniques.......	15	9	11	11	191	213	4	3	85	92
	Inflammat. purulente aiguë.	»	1	16	20	4	40	9	16	6	31
	Inflammat. purulente chronique..........	7	12	79	92	50	221	50	48	44	142
	Inflammat. chronique avec formation de polypes...	3	1	21	18	1	40	6	6	1	13
	Inflammation du périoste au niveau de l'apophyse mastoïde..............	»	»	2	7	1	10	»	1	»	1
	Caries du rocher........	»	1	»	4	»	4	2	1	»	3
	Inflammat. hypertrophiques	18	12	3	6	111	120	8	3	126	137
Oreille interne	Affections du labyrinthe...	»	2	»	5	17	22	1	»	11	12
	Maladie de Ménière.......	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»
	Bourdonnements nerveux..	»	»	»	»	2	2	4	3	»	7
	Otalgies................	»	»	3	1	4	8	6	2	5	13
	Surdi-mutité............	»	»	»	»	23	23	»	»	11	11
	Sans maladie de l'oreille..	»	»	»	»	3	3	»	»	7	7
	Sans diagnostic....	»	»	»	»	14	14	»	»	10	10
	Simulation..............	»	»	»	»	1	1	»	»	1	1
	TOTAL......	119					1112				674

Difformités du pavillon de l'oreille. — Une mère nous porta à la clinique un enfant âgé de quatorze jours, atteint de difformité bilatérale de l'oreille externe et d'occlusion des deux conduits pour y subir une opération.

Les pavillons étaient adhérents des deux côtés et recouverts de peau normale. N'ayant aucune notion de l'état des parties intérieures de l'oreille et surtout de la capacité fonctionnelle du labyrinthe, vu l'âge de l'enfant, on devait rejeter toute idée d'opération. On pria la mère de rapporter son enfant quelques mois plus tard.

Nous rencontrâmes les mêmes difformités, mais d'un seul côté, chez une femme âgée de dix-sept ans, venant de Hongrie, comme elle était atteinte d'une surdité complète de ce côté il n'y avait aucune indication pour l'opérer.

Lésion du pavillon. — Nous avons eu l'occasion de voir une plaie contuse de la partie antérieure du pavillon chez un homme de quarante-trois ans qui fut atteint par le timon d'un tramway en marche. Cet homme ne vint réclamer nos soins que deux jours après l'accident. La réaction fut tellement grande que le pavillon était transformé en une masse sphérique dont le sommet était infiltré de pus.

Au niveau de la plaie existait une vaste ulcération, au fond de laquelle on voyait le cartilage dénudé.

Le malade étant parti peu de temps après le traitement, nous n'avons pu connaître la suite de son histoire.

Dans un autre cas, nous trouvâmes à la partie postérieure du pavillon gauche une légère lésion de la peau, produite par un cou ; elle était paccompagnée de gonflement des parties molles du conduit auditif externe. Guérison au bout de quelques jours.

Hématomes de l'oreille. — Deux fois nous avons eu l'occasion de voir des furoncles de l'oreille, survenus spontanément sans aucune cause appréciable.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un jeune homme de vingt-cinq ans qui remarqua, quinze jours avant de venir

nous voir, un gonflement de la partie antérieure du pavillon, la tuméfaction avait environ le volume d'une noix et s'était développée en l'espace de quelques secondes, sans occasionner de douleurs.

Au moment où le malade vint nous voir, la peau qui recouvrait la tumeur était violacée, et cette dernière occupait plus de la moitié du segment du pavillon se trouvant en face de l'ouverture du conduit auditif. La température n'était pas élevée et le malade n'éprouvait qu'un sentiment de tension très prononcée.

Comme antécédents, on pourrait mentionner que le malade avait été mordu dans son enfance par un chien sur ce même pavillon, mais on ne voyait extérieurement aucune trace d'une lésion antérieure.

Le deuxième fait était relatif à un boulanger, âgé de vingt-six ans, qui, quatre à cinq semaines avant de venir à la clinique, avait eu également au niveau de la moitié antérieure du pavillon, une infiltration saiguine survenu sans cause connue.

Le gonflement siégeait au niveau de la partie la plus profonde du pavillon, et était séparé par la crète de l'hélix en deux segments situés l'un au-dessus de l'autre.

Le traitement consista chez les deux malades en attouchements avec de la teinture d'iode qui amena en peu de temps une diminution notable des tumeurs, et aucun des malades n'eut de difformité.

Dartres, eczéma. — Nous avons observé un cas d'eczéma dans les deux conduits auditifs, chez une femme et chez 2 hommes ; du côté droit chez 5 hommes et 2 femmes, et chez une de ces dernières l'éruption se montra comme l'intertrigo derrière le pavillon gauche.

Le malade le plus jeune avait un an et demi et le plus âgé soixante ans.

La plupart du temps on traita l'eczéma aigu avec une solution de sulfate de zinc et de glycérine au 1/10 et la forme chronique avec du savon noir et des applications d'huile de Cade, ou quelquefois simplement avec de l'onguent Diachylum.

Lupus. — Nous avons rencontré un cas de lupus exulcerants dans le conduit d'un garçon âgé de huit ans qui avait également la même affection sur le visage. Le traitement consista en grattage avec une curette et attouchements avec la pierre infernale.

Abcès derrière le pavillon. — Deux malades se présentèrent à la clinique porteurs d'abcès dans cette région ; abcès dont on ne put reconnaître la cause, les oreilles n'ayant rien d'anormal.

Ils furent ouverts et rapidement guéris par letraitement chirurgical ordinaire.

Gonflement du pavillon. — Nous avons rencontré au niveau de la partie postérieure du bout de l'oreille un petit gonflement, ayant environ le volume d'un pois, dont le malade avait remarqué l'existence depuis quelques semaines et qui augmentait lentement. Il refusa du reste toute intervention chirurgicale.

Corps étrangers. — 34 cas, dont 6 noyaux de cerises, 5 morceaux d'ail, 3 morceaux de papier, des perles en verres, des haricots, des fèves, deux petites pierres, des pois, (de chaque deux fois), un fragment de paille, une scarabée, une dragée, un morceau d'ouate incrusté de chaux, un pépin d'orange, des larves, une punaise, une tête de clou, un morceau de crayon, une boule de papier et une en argent.

Chez un malade existait à droite un pépin d'orange et à gauche une boule de papier.

Tous ces corps étrangers furent enlevés avec une simple injection, en observant toutefois la règle habituelle, c'est-à-dire de faire disparaître d'abord les inflammations occasionnées par les essais infructueux qui avaient été faits pour retirer le corps étranger lorsque ces inflammations empêchaient l'extraction. Dans aucun cas l'on n'eut besoin d'instrument.

Imflammations du conduit auditif. — Chez 3 hommes et 3 femmes nous avons rencontré dans le conduit des « *aspergillus* » qui étaient la cause de leur souffrance.

Chez un étudiant qui était tourmenté depuis deux jours de douleurs violentes, les aspergillus se trouvaient dans l'oreille droite, chez un paysan affecté depuis trois semaines et chez un marchand, ils occupaient l'oreille gauche. Chez les 3 femmes, l'aspergillus occupait l'oreille droite; et l'une d'elle, qui avait été soignée par un praticien ignorant l'existence de l'aspergillus, l'inflammation de l'oreille durait depuis six mois. Les douleurs diminuèrent après l'application d'esprit de vin rectifié dont nous faisons presque toujours usage dans les cas d'inflammatione parasitaires, et la guérison parfaite fut le résultat de cette médication.

Dans un cas d'otite parasitaire nous avons trouvé dans le conduit des corpuscules microscopiques que nous n'avions jamais eu l'occasion d'observer, ils avaient sur leurs bords de fines dentelures, étaient contournées et quelquefois même en forme de poignard. M. le professeur Vogl, auquel nous avons demandé des renseignements à ce sujet, nous dit que ces corpuscules étaient des cellules épidermiques de graminées. L'existence simultanée de ces dernières et de parasites nous a paru intéressante, puisque l'on n'a pas encore ce nous semble, communiqué d'observation analogue, et si nous signalons ce fait, ce n'est point tant à cause de son influence étiologique, qui peut être fort minime, que pour permettre aux autres observateurs de porter un diagnostic daus des cas semblables.

On peut en effet se convaincre bien souvent de la présence d'organismes microscopiques, surtout dans les cas d'otites externes, mais il est difficile de prouver qu'ils sont la cause de l'inflammation, puisqu'on trouve des cocci et des bactéries dans le conduit non-seulement pendant le cours d'une inflammation, mais aussi après cette dernière a disparu sans toutefois qu'il survienne de récidive Cependant nous sommes loin de nier leur influence étiologique.

Comme traitement nous commençâmes par nettoyer les parties enflammées à l'aide de liquides antiseptiques, qui furent également continués pendant tout le cours de la maladie.

Nous devons mentionner, appuyés sur une foule d'observations modernes, l'effet des préparations gélatineu-

ses dont nous avions déjà parlé dans nos anciens rapports, préparations qui ont la propriété bien évidente de calmer les douleurs violentes, et d'arrêter l'inflammation, si toutefois l'abcès n'est pas encore formé.

Nous avons pu constater dans un cas l'effet désastreux des vapeurs chaudes dont se servent encore quelques malades avec ou sans l'ordonnance du médecin. En effet, les ayant employé chez un de nos malades, nous vîmes survenir autour des pavillons et des parties voisines un érythème violent qui le tourmentait plus que l'inflammation elle-même. Après avoir cessé l'emploi des vapeurs chaudes l'érythème disparut et l'inflammation cessa bientôt sous l'influence du traitement que nous avons indiqué plus haut.

Papules syphiliques du conduit auditif. · Nous avons observé une femme atteinte de syphilis constitutionnelle qui présentait une éruption papuleuse sur la face et le tronc et chez laquelle on retrouva les traces de la même affection dans les deux conduits.

On institua un traitement général et on appliqua localement dans les oreilles des bourdonnets de ouate imprégnés d'onguent gris.

Rétrécissement du conduit auditif externe. — Une religieuse âgée de 28 ans ayant éprouvé dans son enfance quelques élancements dans l'oreille et ayant été atteinte d'otorrhée, présentait à gauche un conduit normal et une cicatrice bien nette sur le tympan, tandis que du côté droit le conduit était considérablement rétréci au point qu'à l'œil nu; l'on ne voyait aucune ouverture la sonde d'Anel ne pouvait pénétrer qu'à environ un centimètre et demi de profondeur, il n'existait pas d'otorrhée. La montre était entendue au contact et, fait bien curieux, le diapason placé sur le vertex était également entendu des deux côtés, bien que l'ouïe du côté gauche fût normale.

Nous essayâmes d'élargir le conduit à l'aide d'attouchements à la teinture d'iode et de tiges de Laminaria, mais nos tentatives restèrent sans résultat. Nous proposâmes l'application du galvano-cautère que la malade refusa.

Polypes du conduit auditif. — Ils étaient presque tous survenus pendant le cours des inflammations, occupaient parfois presque tout le conduit et avaient, en général, l'aspect de granulations molles situées au fond du conduit et sur le tympan.

Le plus souvent on fit l'extraction des polypes avec le serre-nœud et on toucha les pédicules au nitrate d'argent, méthode ancienne, qui est encore la plus sûre et la plus rapide.

(*A suivre*) Prof. GRUBER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BERLIN

(Séance du 25 Octobre 1882) (1)

Du diagnostic de l'ulcère tuberculeux du larynx.

Le docteur B. FRANKEL a fait la communication suivante qui nous a paru très intéressante ;

Cet auteur est d'avis que si l'on consulte la littérature sur la tuberculose du larynx, on doit acquérir la conviction qu'il serait le plus souvent impossible d'arriver à un diagnostic certain de cette affection par la laryngoscopie. Le fait est d'autant plus frappant que cette méthode d'examen a pour guide l'œil, et actuellement n'est encore surpassée que par l'ophthalmoscopie. Pour expliquer une telle manière de voir, il faut évidemment admettre que les auteurs croient qu'il n'existe pas de signes caractéristiques permettant de reconnaître la maladie à la simple inspection. B. Frânkel n'est pas de cet avis ; il pense que, dans le plus grand nombre des cas, la tuberculose du larynx peut être reconnue macroscopiquement, en considérant l'image qu'elle fournit. Ce serait vrai, non-seulement pour les formes décrites comme caractéristiques, mais encore pour l'ulcère tuberculeux du larynx. Dans un grand nombre de cas, l'ulcère tuberculeux lenti-

(1) Note communiquée à la *Revue*, par le Dr SCHIFFERS de Liége, *Original-bericht der deutschen Medicinal-Zeitung.*

culaire est tout à fait caractéristique. Le tubercule se trouve d'abord logé tout à fait sous l'épithélium, et il se forme une ulcération qui, en général, a de la tendance à s'étendre en surface. Les bords ne sont pas tranchants, mais ils laissent toujours reconnaître des échancrures qui proviennent de petites granulations nouvellement infiltrées; le fond est lardacé. L'ulcère est entouré d'une zone inflammatoire et l'on y découvre souvent des dépôts gris et submiliaires, en supposant qu'ils soient vus de face et non de profil.

Si l'on emploie des méthodes de grossissement, on voit *intra-vitam* dans ces bords, les granulations beaucoup plus nettement que sur le cadavre, parce que les infiltrations sont beaucoup mieux marquées. Aussi, pour le pharynx, l'auteur a plusieurs fois, dans des cas douteux, enlevé un petit morceau des bords de l'ulcère et ainsi constaté la tuberculose miliaire.

Néanmoins, B. Frânkel reconnaît qu'il existe encore des cas où l'ulçère n'a pas assez de netteté pour être diagnostiqué sûrement par le miroir. Ce sont les phénomènes concomitants, l'auscultation et la percussion ou le résultat du traitement médicamenteux qui tranchent la question. Malgré cela, il reste encore des cas qui, dans ces conditions sont douteux.

Tel était l'état de la question jusqu'à la découverte du bacillus de Koch. De l'aphorisme de Cohnheim : « ce qui peut être inoculé, est de la tuberculose » la pratique ne pouvait en retirer de grands avantages. B. Fränkel a réussi à utiliser la découverte de Koch pour le diagnostic de la phthisie du larynx.

En général il n'est pas difficile de recueillir des sécrétions du larynx; seulement il faut se garder d'en obtenir en même temps des poumons. Il faut faire d'abord tousser le malade, jusqu'à ce que les sécrétions soient éloignées; alors on introduit le pinceau que l'on promène sur l'ulcère. On recueille de cette façon ordinairement assez de produits de sécrétion pour pouvoir faire la recherche du bacillus. Dans 15 cas, Frânkel est parvenu ainsi à avoir des sécrétions, et 13 fois, il a pu porter le diagnostic au premier examen.

A l'objection qui est faite que cet examen est superflu, puisque l'expectoration (sputum) de ces malades contient aussi des bacillus, il est répondu que, dans ce dernier cas, rien ne peut être décidé sur la localisation de l'affection, ce

que la méthode, au contraire, permet d'obtenir. Ce qui prête à cette localisation son importance, c'est le fait que l'on est en état de déclarer positivement qu'il s'agit dans le cas actuel d'un ulcère tuberculeux; le diagnostic est tellement sûr, que l'on peut en fournir la preuve négative. Certes, ce n'est jamais qu'après un examen très attentif de 3-4 préparations au minimum que l'on peut tirer cette conclusion. Pour faire une préparation, il faut au plus 5-10 minutes; son examen exige au contraire beaucoup de temps, surtout s'il s'agit d'un résultat négatif, parce que les bacillus ne sont pas toujours nombreux et se trouvent souvent répandus très différemment.

Quant à la question de savoir si la plupart des ulcères que l'on trouve chez les phthisiques sont tuberculeux, on n'a pu jusqu'ici obtenir un accord unanime; car, dans certains de ces cas, après la mort, on n'a pu constater de tuberéules. On doit admettre que les tubercules sont détruits, et qu'à leur place l'ulcère s'est foımé.

En résumé, le docteur Frankel estime d'après le résultat de ses examens, qu il n'y a plus de cas douteux, si l'on a recours à la méthode indiquée plus haut.

DISCUSSION

Le docteur Lewin considère cette méthode comme très importante, parce qu'il est quelquefois très difficile de différencier les granulations tuberculeuses des petites glandes du larynx, qui souvent interviennent dans la constitution de ces ulcères.

Le docteur Guttmann est étonné de la constance du résultat, puisqu'elle diminue avec l'âge des tubercules, qui souvent ne peuvent plus être reconnus dans un ulcère devenu tout à fait caséeux à cause de sa destruction. Ce fait est d'accord avec les résultats des recherches du contenu des poumons phthisiques communiqués autrefois par cet auteur. Il est certain que les rapports dans le larynx sont plus favorables, en ce sens que l'on peut enlever les produits de sécrétion de la surface de l'ulcère. Seulement les ulcères tuberculeux du larynx peuvent aussi être détruits, et pour ce motif, Guttmann croit que précisément dans les cas avancés on ne réussira pas à trouver les tubercules ; alors le diagnostic différentiel entre la tuberculose et la syphilis reste jus-

tifié. Enfin Guttmann communique que d'après les essais de Ziel à Heidelberg, le contenu alcalin de la solution n'est pas la cause qui retient le bacillus de la tuberculose dans la matière colorante, puisqu'après le traitement par l'acide phénique la matière colorante bleue persistait.

Le docteur FRANKEL répond que les degrés de caséification avancés au point qu'il n'y a aucun bacillus, ne se présentent pas facilement dans l'ulcère ; ce dernier continue à s'agrandir.

A la séance du 1er novembre, la discussion est continuée.

B. FRAENKEL répond d'abord à une remarque faite par le docteur FRIEDLANDER à la dernière séance. Celui-ci avait dit que les préparations présentées à la Société ne contenaient pas de bacillus de la tuberculose. Il est de fait que ces derniers ne se distinguaient plus nettement. Depuis lors, l'auteur a repris des sécrétions chez 11 des malades qui avaient été tenues en observation et il a retrouvé 10 fois des bactéries. Celles-ci se rencontrent donc d'une manière assez constante.

On fait bien d'ajouter le moins possible de matière colorante à la solution d'aniline. En outre, il ne paraît pas nécessaire à FRAENKEL de laisser surnager les couvre-objets pendant 24 heures dans la solution colorée, comme l'a indiqué FRIEDLANDER. La durée d'1/4 — 1/2 heure conseillée par EHRLUT serait suffisante. GUTTMANN pense qu'il ne faudrait pas employer de l'acide nitrique concentré, mais dans la proportion de 1 : 3.

FRAENKEL est convaincu que, dans un grand nombre de cas, on peut, d'une façon certaine, reconnaître des granulations miliaires et submiliaires dans l'ulcère arrondi, et porter ainsi de prime abord le diagnostic, L'orateur dit ensuite quelques mots de la *thérapeutique* de l'affection, et parle des *inhalations d'ammoniaque*. Son frère, qui possède une fabrique d'ammoniaque, croyait avoir remarqué que les maladies épidémiques et la tuberculose étaient excessivement rares parmi ses ouvriers, précisément à cause des vapeurs d'ammoniaque. FRAENKEL fit un essai sur un malade atteint d'infiltration de l'épiglotte et d'ulcères dans toute l'étendue du larynx. *Déjà, à partir du deuxième jour, le sujet se trouva aussi bien de son séjour à la fabrique que les autres ouvriers.* Cependant, après trois semaines, la séance étant chaque jour de 7 heures, il ne

se montrait pas de modifications dans les signes. Dans l'expectoration on trouvait beaucoup de bactéries. Du reste, il a déjà été prouvé expérimentalement que l'ammoniaque n'a aucune influence sur la tuberculose.

Le docteur GUTTMANN est d'avis qu'il est indifférent d'ajouter plus ou moins de matière colorante au liquide et de se servir d'acide nitrique concentré ou dilué. Il croit que tous les observateurs ne seront pas aussi heureux que B. FRAENKEL dans la recherche des bacillus. Pendant ces derniers jours, il a fait lui-même différentes recherches des bactéries dans plusieurs cas d'ulcères tuberculeux du larynx, et, malgré tout le soin qu'il y a mis, il n'a pas trouvé de bacillus. Il doute de la valeur de la méthode au point de vue du diagnostic.

Le docteur G. LEWIN remarque qu'il n'est pas toujours facile de reconnaître l'espèce d'ulcère, et qu'en outre, il existe le plus souvent déjà des cavernes phthisiques avant que le larynx soit détruit. La méthode n'a plus alors d'importance au point de vue du diagnostic.

Le docteur FRIEDLAENDER dit que la longue durée de la coloration a été proposée par lui avec intention; si l'on agit autrement, les résultats ne sont pas certains. L'intensité de la coloration est très importante pour le diagnostic des cas, et cela d'autant plus que l'on emploie des grossissements plus faibles.

Le docteur FRAENKEL fait encore remarquer que, sous le rapport de la présence des bacillus dans les crachats, GUTTMANN s'écarte notablement de l'opinion d'EHRLICH qui prétend qu'on les trouve presque toujours. Dr F. S.

Revue de la Presse

Cheloïdes cicatricielles, Tumeurs très volumineuses des oreilles. — En égard au grand nombre de cicatrices que l'on observe, la chéloïde cicatricielle est chez nous une affection peucommune. D'après le livre intéressant du docteur Corre surla *mère et l'enfant dans les races humaines*, l'hypertrophie cicatricielle serait beaucoup plus commune dans les races colorées; il en a lui-même observé des exemples sur des

enfants hindous et des enfants nègres. Dans la race noire, la prédisposition au développement anormal du tissu cicatriciel serait souvent héréditaire et congénitale. Le docteur Langard, dit Nicolas, a vu un négrillon né avec cette dyscrasie et chez lequel la plus petite blessure au moyen des ongles, d'une aiguille, d'une épine, etc., donnait naissance à un bourrelet, de telle sorte qu'à l'âge de deux ans, époque à laquelle cet enfant mourut des suites d'une autre affection, il était littéralement couvert de ces excroissances cicatricielles. Au Sénégal, dit aussi M. Corre, il n'est pas rare de rencontrer d'anciennes tumeurs fibreuses développées chez des jeunes filles à la suite du percement du lobule auriculaire.

On pourrait rapprocher de ce fait celui signalé par Macpherson, qu'au Bengale la chéloïde se développe souvent à la suite des cautérisations au fer rouge, et qu'on l'a vu succèder à l'application de la peine du fouet.

Pour être moins commune chez nous, la maladie se rencontre pourtant encore quelquefois. J'ai eu l'occasion d'opérer l'année dernière une femme qui portait au lobule de l'oreille droite une tumeur assez volumineuse. On a pu voir à l'hôpital Saint-Louis, l'année dernière, une femme qui s'est montrée plusieurs fois et qui portait aux deux oreilles de très volumineuses tumeurs nées encore au niveau de la cicatrice de la perforation du lobule. Elle présentait du reste, des chéloïdes sur chacune de ses cicatrices de vaccin au bras.

Le *Saint-Louis medical and surgical Journal* nous signale, daprès le *Dublin Journal of medical Science*, un cas où certainement le mal a atteint des proportions peu communes. Le journal ne donne pas de détail sur la race, mais il s'agit certainement d'un homme de couleur opéré par le docteur William Allen. Il s'agissait d'un garçon de 16 ans qui avait eu les oreilles percées pour les boucles à l'âge de 8 ans. Peu après l'opération, les tumeurs commencèrent à se développer. Au moment de l'observation la tumeur du côté droit, née au niveau du lobule de l'oreille, ayant des adhérences aux régions parotidiennes et mastoïdiennes, mesurait de haut en bas 22 centimètres et 35 centimètres de circonférence. Celle du côté gauche un peu plus petite, à peu près de même disposition, avait la même hauteur et seulement 25 centimètres de circonférence. L'auteur fit une ligature préalable de la base de la tumeur à droite, puis la disséqua en enlevant une por-

tion de l'oreille pour tâcher d'éviter la récidive. Elle pesait environ 1260 grammes. La même opération fut faite sur le côté gauche où la tumeur pesait seulement 800 grammes. L'article ne dit rien de la récidive.

C'est en effet une difficulté du traitement : la récidive se fait pour ces tumeurs avec une ténacité extraordinaire, ce qui n'est pas surprenant puisque l'on voit aussi chez ces patients, des cicatrices même d'autres régions présenter les mêmes accidents.

Dans le cas que j'ai opéré à l'hôpital Tenon, dit le docteur J. Lucas-Championnère, et qui avait déjà récidivé deux fois, j'ai fait la réunion immédiate pour obienir la cicatrice la moindre possible. Je l'ai revue plusieurs semaines après l'opération, elle avait très bonne apparence, elle avait promis de revenir en cas de récidive et n'est pas revenue.

A l'hôpital Saint-Louis, M. Vidal traite les chéloïdes par les scarifications très rapprochées et a obtenu de très beaux résultats. (*Journ. de méd et de chir. prat. Juillet 1882.*)

Polype des fosses nasales, ablation. — M. Trélat présente un malade qui était atteint d'un polype muqueux enflammé des fosses nasales et de tous les sinus voisins, qui avait défoncé l'os unguis et qui était venu former une tumeur ressemblant beaucoup, par son siège, à une tumeur lacrymale. M. Trélat pratiqua chez ce malade une opération consistant à pratiquer, sur les parties molles, l'incision de Nélaton, c'est-à-dire une incision allant de l'angle externe à l'angle interne de l'œil, en passant le long du rebord inférieur de l'orbite, suivant le sillon naso-jugal jusqu'à la lèvre, contournant l'aile du nez jusqu'à la cloison et se terminant par la lèvre ainsi séparée sur la ligne médiane. Ceci fait, il pratique une section partielle du maxillaire supérieur, renverse en dehors le vaste lambeau osseux ainsi obtenu, gratte et cautérise avec le thermo-cautère, tous les sinus maxillaire, frontal, ethmoïdal et sphénoïdal, enlève ensuite très facilement la production morbide, fait la suture des parties molles et obtient, sans accidents, une réunion immédiate par première intention. On se crée ainsi une voie très large qui permet d'accéder dans toute la cavité des fosses nasales, et les suites de cette opération si large sont des plus simples. Ce malade, opéré le 29 novembre, est présenté à la Société le 12 décembre, déjà

guéri depuis plusieurs jours (*Soc. de chirurg.*, séance du 13 décembre 1882).

Un cas mortel de laryngite striduleuse par le Dr JOHN MUNN. — Le 5 mai 1882, une femme vint chercher l'auteur pour traiter sa petite fille âgée de vingt-un mois, malade disait la mère, depuis trois semaines. L'enfant paraissait bien portante, la voix et la respiration étaient normales ; la lèvre inférieure seule était tuméfiée et fortement tendue au niveau des molaires temporaires. L'auteur essaya de faire une incision, mais à peine le bistouri eut-il touché la partie inférieure de la dent, que l'enfant commença à crier fortement et après une longue expiration, la respiration resta suspendue. Une ou deux secondes après, l'enfant fit un effort pour respirer, mais la face devint violacée, la bouche resta ouverte, le tronc et les membres se raidirent, en un mot, tous les signes de l'asphyxie se développèrent rapidement ; le pouls devint petit, le cœur cessa de battre et bientôt la résolution musculaire remplaça la contraction. Malgré des soins empressés (flagellation avec un mouchoir mouillé, respiration artificielle etc.), l'enfant succomba.

L'auteur pense que l'obstruction du larynx peut survenir après un effort violent d'expiration ou au commencement de l'inspiration, au moment du cri la langue étant déprimée et portée en arrière. A ce moment l'épiglotte peut facilement retomber et occasionner un spasme des muscles qui gardent l'entrée de la trachée, les efforts d'inspiration consécutifs ne faisant qu'augmenter l'obstruction, surtout chez les enfants. (*The Lancet*, 9 décembre 1882).

AVIS A NOS ABONNÉS

Nous avons l'honneur de prévenir nos Abonnés, dont l'abonnement expire le 1er janvier 1883, de vouloir bien, pour éviter les frais de recouvrement, adresser le montant de leur renouvellement à M. O. DOIN, éditeur, 8, place de l'Odéon, à Paris.

Les nouveaux Abonnés sont instamment priés d'écrire lisiblement leur nom et leur adresse afin

d'éviter toute cause d'erreur et de retard dans l'envoi du journal.

Nous prions ceux de nos Abonnés auxquels il manquerait quelques numéros de l'année 1882, de vouloir bien les réclamer à l'éditeur avant le 20 janvier.

EXPOSITION DE BORDEAUX

Diplômes d'honneur : M. PENNÈS, pour son vinaigre antiseptique. Nous sommes heureux d'enregistrer le nouveau succès de ce produit aujourd'hui presque universellement employé dans les hôpitaux de Paris, et dans bon nombre d'hospices de province.

MM. RIGOLLOT ET Cie, pour leurs sinapismes.

Médailles d'or. — Lucien LEBŒUF, à Bayonne, pour ses émulsions de Goudron, de Tolu, son coaltar saponiné, etc., produits dont la réputation n'est plus à faire.

M. DOIN (Octave) de Paris, pour ses publications médicales.

Si nous ne pouvons faire ici l'éloge du charmant éditeur parisien, il nous est du moins permis de le féliciter du nouveau succès qu'il a si bien mérité par le soin, et nous pouvons dire le luxe, qu'il apporte à toutes ses publications.

Nous croyons être utile à nos lecteurs, en portant à leur connaissance l'avis suivant, extrait du journal *la France Médicale de Paris.*

Avis à Messieurs les Médecins.

« Depuis quelque temps plusieurs journaux de médecine signalent à leurs lecteurs, les bons effets obtenus par l'emploi de certains ferrugineux dans les affections chlorotiques; à ce sujet, qu'il nous soit permis de dire que nous considérons comme un devoir d'appeler l'attention de nos confrères sur les **Pilules du Dr Blaud**, et de leur dire ici que, si ces pilules ont conservé jusqu'à ce jour le rang qu'elles occupent depuis si longtemps dans la thérapeutique, et si Messieurs les médecins les prescrivent journellement dans le traitement des affections chlorotiques, c'est que cette préparation compte d'abord plus de quarante années d'*expériences cliniques*, qu'elle est inscrite au nouveau Codex, et qu'ensuite elle est le meilleur marché comme le plus actif de tous les ferrugineux connus jusqu'à ce jour.

Les Pilules de Blaud, à notre avis, réunissent donc toutes les qualités d'un bon médicament, avantages constatés et justement appréciés par la plupart de nos confrères. »

Dr ROBERT.

France Médicale, 19 septembre 1882.

Le propriétaire-gérant, Dr E. J. MOURE.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER, rue Cabirol, 16.

4e ANNÉE, N° 2. 1er FEVRIER 1883.

REVUE MENSUELLE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

SOMMAIRE. — **Travaux originaux** : Rapport sur les maladies de l'oreille traitées à la clinique du prof. Gruber, du 1er janvier au 31 décembre 1881, par le Prof. GRUBER, médecin auriste àl'Hôpital général (K. K.) de Vienne (suite et fin). — **Revue Bibliographique** : Manuel pratique des maladies de l'oreile, par le Dr GUERDER ; Considérations cliniques, par le Dr Piétro MASUCCI ; Contribution à l'étude de la crête auditive chez les vertébrès, par le Dr G. FERRÉ. — **Revue de la Presse.** — **Index Bibliographique** : Pharynx, Nez, Larynx, Oreilles, Varia.

TRAVAUX ORIGINAUX

Rapport sur les maladies de l'oreille traitées à la clinique, du prof. G. Gruber, du 1er janvier au 31 décembre 1881 (Suite et fin). (1)

Par le professeur GRUBER

Médecin auriste à l'Hôpital général (K.-K.) de Vienne.

Lésions du tympan. — Nous avons observé 10 cas de lésions traumatiques du tympan. Une fois la cause fut l'introduction d'un brin de paille dans l'oreille d'un malade qui portait une botte de paille ; une autre fois, chez un musicien, elle résulta d'un coup donné sur l'oreille gauche par une porte en mouvement, et dans tous les autres cas elle fut la conséquence de soufflets donnés sur l'oreille. Cinq fois le tympan était dégénéré auparavant (cicatrices, dépôts calcaires) ; et dans les autres cas la lésion existait seule.

(1) Travail communiqué en allemand. — Voir le n° 1, Janvier 1881.

Deux fois la perforation occupait la partie postéro-inférieure, trois fois l'antéro-inférieure. La lésion occasionnée par le brin de paille et celle du musicien étaient situées au niveau de la partie postéro-supérieure.

Il est intéressant de voir combien l'audition est atteinte d'une manière différente par ces sortes de lésions. Outre les cas particuliers dans lesquels ces dernières portant sur des tympans déjà dégénérés amenèrent une amélioration de l'ouïe affaiblie auparavant, ce qui peut s'expliquer ainsi que nous l'avons démontré, par le changement apporté à la stagnation vasculaire de la membrane.

Il arrive également que dans des lésions occupant le même point de tympans tout à fait normaux, l'audition soit affectée d'une manière absolument variable.

L'histoire du musicien dont nous avons parlé plus haut, fut en quelques mots la suivante :

« Aussitôt qu'il eut reçu le coup, le malade s'évanouit ; quelques minutes après son réveil il éprouva, pendant qu'il parlait, un bruit (Schappern) dans son oreille, sans que l'audition fut très affectée, il n'existait point d'écoulement de sang, ni de douleur.

Le lendemain, à l'examen, nous vîmes une déchirure occupant toute l'épaisseur du tympan gauche au niveau de sa partie postéro-supérieure, il existait une rétraction irrégulière de ses différentes couches. Les plus externes étaient plus rétractées que l'interne, de telle sorte que cette dernière était visible au fond de la plaie et que l'on apercevait une fissure d'environ deux millimètres dans l'épaisseur du tympan lui-même.

L'aspect général de la membrane était pâle, et la lèvre antérieure de la plaie seule était un peu rouge.

La montre était entendue de ce côté à 1 mètre.

La lésion guérit sans suppuration et en même temps disparurent tous les symptômes.

La perforation occasionnée par le brin de paille occupait la partie postéro-supérieure du tympan droit.

Les douleurs qui suivirent le traumatisme persistèrent le lendemain et le malade éprouva en outre des bourdonnements continuels, il eut de la fièvre. L'audition était de 0.40 cent. à la montre.

Pendant le traitement il y eut une simple imflammation occupant les bords de la plaie, la guérison fut complète en neuf jours.

Inflammation aiguë du tympan. — Un malade fut atteint d'inflammation du tympan à la suite d'introduction de camphre dans l'oreille dans le but de calmer des maux de dents. D'autres furent occasionnées par un refroidissement antérieur, et dans un cas nous observâmes la formation d'un abcès sur le tympan, et sur le segment postérieur apparurent de petites tumeurs analogues à des pustules qui ne subirent aucune modification appréciable après la douche d'air. L'abcès se vida bientôt du côté du conduit sans occasionner de perforation totale du tympan.

Dans le traitement des affections de la membrane tympanique, il est de règle de ne pas toucher les parties enflammées mais plutôt d'attendre et d'essayer de calmer les symptômes subjectifs.

Dans les cas de douleurs vives et d'hypérémie très prononcée, nous faisions quelques scarifications sur les parties molles situées près du tympan et nous pouvions ainsi diminuer la douleur. Inutile d'ajouter que nous employâmes en outre le traitement que nous avons déjà conseillé dans nos rapports antérieurs.

Des cicatrices du tympan. — Parmi les maladies que nous avons eu l'occasion de traiter, il faut surtout signaler le cas d'une cicatrice mobile occupant le segment inférieur du tympan droit que nous n'avons pu voir qu'après l'ablation de corps étrangers. Elle avait les dimensions d'une lentille, étant nettement circonscrite, déprimée vers la caisse et subissant des mouvements d'oscillation sous l'influence de la déglutition et de la respiration. Ces mouvements étaient un peu compliqués en ce sens que pendant ces deux actes physiologiques la cicatrice se portait en partie en dedans et en partie vers l'extérieur.

La malade entendait mal et était peu intelligente ; aussi ne pouvait-on se rendre compte de l'augmentation ou de la diminution du pouvoir auditif après avoir tendu artificiellement le tympan.

Relâchement du tympan. — Parmi les cas mentionnés dans ce rapport, l'un d'eux mérite surtout d'être mis en évidence, c'est celui d'une jeune fille âgée de dix-sept ans, originaire de Vienne, atteinte depuis plusieurs années d'un catarrhe naso-pharyngien et de l'oreille moyenne. Le médecin traitant incisa le pli postérieur du tympan afin d'améliorer l'ouïe du côté gauche, à la suite de l'opération survint une amélioration qui dura seulement quelques jours ; et d'après la malade la même opération fut faite huit fois sur le même tympan sans que le résultat fut satisfaisant. On trouva le cadre postéro-supérieur du tympan fortement porté en dedans. Après l'expérience de Valsava, la partie déprimée vint bomber en dehors pour reprendre quelques minutes après sa première position. Après Valsava, le bourdonnement qui tourmentait continuellement la malade cessa également et l'audition de 0,25 cent. atteignit un mètre 0,03 cent. mais les premiers symptômes réapparaissaient rapidement dès que le tympan se portait de nouveau en dedans.

L'expérience déjà indiquée avec le diapason, pour savoir si le relachement du tympan est la cause des symptômes subjectifs, auquel cas l'indication est de tendre cette membrane, nous donna des résultats tout à fait positifs.

Le diapason mis en mouvement devant l'oreille fut mieux entendu pendant l'expérience de Valsava, tandis que placé sur le vertex il fut moins bien entendu qu'avant cette expérience et qu'au niveau de l'oreille.

Le 11 février, en présence d'un auditoire, j'enlevais, à l'aide du galvano-cautère, au niveau de la partie relâchée, un segment du tympan mesurant 2 millimètres de long et un de large.

La douleur fut très vive mais de courte durée ; le conduit fut ensuite légèrement fermé avec le tampon de Bruns et dans le cas où les douleurs se renouvelleraient on conseilla l'emploi de bandages réfrigérants derrière l'oreille.

12 février. — Les douleurs sont modérées, le bourdonnement a cessé, la malade croit entendre mieux qu'avant l'opération. La montre est perçue à 0,89 cent., la lacune

faite au tympan est très visible, les bords de la plaie ne sont pas enflammées.

16 février. — Pas de douleur, la malade entend des craquements dans son oreille, la montre est entendue à 0,53 cent. — La perforation est visible.

17 février. — Angine tonsillaire aiguë, la perforation est plus petite, il n'existe pas d'écoulement.

Dans le cours des mois suivants, la santé de la malade fut si satisfaisante qu'elle revenait seulement le 6 octobre 1881 à la clinique. L'examen révéla l'existence de cérumen dans l'oreille gauche, la perforation était cicatrisée.

Pendant Valsava, on ne voyait plus de trace du relâchement qui existait avant l'opération. La montre était entendue à 0,37 cent., c'est-à-dire que l'audition avait diminué d'une manière notable depuis que la perforation s'était cicatrisée; cependant, elle était toujours meilleure que l'audition constatée au moment où existait le relâchement du tympan.

La malade dit mieux entendre la parole, mais éprouver de temps à autre des craquements dans l'oreille. Comme elle est toujours atteinte d'un catarrhe de la muqueuse pharyngienne, il pourrait se faire qu'un léger catarrhe momentané de l'oreille moyenne, dont l'existence est cependant peu démontrée, fut la cause de ce dernier symptôme.

Comme médication, on conseilla l'emploi d'un gargarisme au borax additionné d'une faible quantité d'esprit de vin.

Inflammation de l'oreille moyenne. — D'une manière générale, nous avons adopté notre traitement habituel, déjà signalé dans nos rapports antérieurs. Nous nous sommes convaincu de plus en plus que dans les cas d'inflammation exsudative de l'oreille moyenne, la paracentèse n'est pas surtout indiquée en général pour laisser s'écouler une grande quantité de pus, mais qu'elle peut devenir encore plus urgente dans les cas où des sécrétions moins abondantes sont accumulées sur un seul point. La non observation de cette règle peut être très préjudiciable à l'organe de l'ouïe et ce n'est jamais la quan-

tité de l'exsudat qui nous a déterminé à opérer. Combien de fois, pour donner un exemple, des exsudats accumulés et enclavés au niveau de la partie postérieure du tympan ne pouvant être expulsés par la douche d'air, déterminent-ils une expansion anormale du tympan que l'on aurait pu éviter par un traitement actif, la paracentèse. Ce que dous avons dit de l'accumulation de l'exsudat au niveau du sillon du pli postérieur peut s'observer au niveau des différents point de la caisse à cause des nombreuses anfractuosités qui favorisent cette stagnation. Dans ces cas également l'opération sera indiquée.

Il est vrai que l'élimination d'une si petite quantité d'exsudat, même après la paracentèse, n'est pas facile à opérer par la douche, le courant d'air ne pouvant toujours l'atteindre convenablement; mais si l'on suit le conseil que nous avons donné il y a déjà plusieurs années, c'est-à-dire de faire des injections d'eau salée par la trompe avant, et s'il est nécessaire après la paracentèse, on ramollit les matières accumulées derrière le tympan et on les augmente ainsi de volume, ce qui permet de les éliminer par l'ouverture de l'incision ou les empêche de devenir nuisibles.

Dans plusieurs cas d'inflammation aiguë ou chronique de l'oreille moyenne nous fûmes obligé d'agrandir, à l'aide du myringotome, des perforations préexistantes qui occupaieut un point peu favorable à l'écoulement des secrétions ou qui étaient trop petites vu la consistance de ces dernières. Dans les cas d'inflammation purulente aiguë, nous avons eu fréquemment l'occasion de faire la paracentèse à cause de l'augmentation et de la persistance des douleurs, bien qu'il existât une petite perforation linéaire spontanée. Dès que cette dernière était agrandie et que l'écoulement pouvait se faire, les douleurs diminuaient.

Dans les cas d'inflammation exsudative chronique et d'otorrhée, avec destruction plus considérable du tympan, nous avons employé l'acide borique en poudre, mais nous avons toujours joint à ce procédé l'emploi d'acide borique liquide injecté par la trompe d'Eustache. Comme nous l'avons déjà fait observer, cette méthode de traitement combinée, est bien supérieure à la simple application d'acide borique par le conduit auditif. Outre ce médica-

ment nous avons employé les préparations gélatineuses habituelles, et en particulier celles à l'iodoforme parfumé introduites dans le conduit et renouvelées plusieurs fois par jour quand il était nécessaire de le faire. Il faut avouer que ces préparations gélatineuses nous ont été très utiles dans les cas de carie et de nécrose. Plusieurs fois nous avons eu l'occasion de constater que l'introduction de ces bougies dans des trajets fistuleux situés au niveau de la région mastoïdienne, ont guéri les caries et nécroses de l'os, ou les abcès en suppuration. Il va sans dire que l'emploi de cette méthode fut toujours précédé d'un lavage des parties atteintes, on employait également la douche d'air par le procédé déjà indiqué. Chaque année nous arrivons de plus en plus à nous convaincre que la douche d'air est nécessaire non-seulement pour faire le diagnostic des maladies de l'oreille, mais qu'elle est le mode de traitement le plus simple et à l'exception de quelques cas dans lesquels l'on n'arrive à aucun résultat, ou de ceux dans lesquels une forte pression sur l'oreille moyenne est nécessaire, de toutes les méthodes connues, le procédé que nous avons indiqué est le plus simple, le plus commode, et le moins ennuyeux pour le malade. La douche d'air a non-seulement pris droit de cité dans le domaine de l'otiatrique, mais elle y est devenue absolument indispensable. Nous avons employé largement les modes de traitement que nous avons introduits dansla pratique à savoir, les injections de liquides médicamenteux dans les trompes d'Eustache sans se servir de cathéter. De plus, nous avons fait usage avec de bons résultats dans quelques cas, de la raréfaction systématique de l'air dans le conduit auditif, procédé que nous avons recommandé dans les cas d'inflammations exsudatives et d'otorrhée. Ainsi que nous l'avions déjà constaté dans notrepremier essai, ce mode de traitement convient surtout dans le cas de perforation de la portion flaccide du tympan. Le plus souvent nous fîmes l'ablation des polypes à l'aide du serre-nœud modifié. Les petits polypes et les pédicules furent enlevés à l'aide de la curette. A cet effet, nous avons fait construire des instruments de forme et de grandeur variées qui s'adaptent à un manche contenu dans la boîte de maladies d'oreille. Ce mode de

traitement est plus rapide que les procédés habituels. Après l'opération nous fîmes usage d'acide borique en poudre ou de préparations gélatineuses à l'iodoforme.

Dans un cas d'inflammation purulente de l'oreille moyenne avec destruction du tympan et formation de polypes sur les parois de la caisse, affection qui durait depuis plusieurs années, l'extirpation des masses polypeuses avec les curettes et l'emploi de l'acide borique suffirent pour faire disparaître en quatre-vingt heures l'otorrhée considérable préexistante.

Dans les cas d'otites moyennes hypertrophiques on n'employa que la douche d'air, notre but étant de conserver la perméabilité des trompes et de rendre aux articulations des osselets leur mobilité compromise par l'augmentation du tissu muqueux ou des néoformations.

Dans la sténose avancée des trompes, l'on employa les bougies de laminaria.

Dans tous les cas de développement exagéré du pli postérieur, et lorsque ce dernier occupait tout le segment postéro-inférieur du tympan, on fit une incision verticale ou parallèle, ainsi que nous l'avons déjà recommandé, cette dernière étant surtout employée lorsque la lésion était accompagnée d'une diminution du segment postérieur.

Nous devons mentionner les quelques cas suivants :

I. — Anna Klanitza, âgée de quarante-trois ans, sage-femme, entendait mal depuis 1876 après la fièvre typhoïde dit-elle ? et éprouvait des bourdonnements des deux côtés. Elle était depuis déjà deux ans en traitement, le diagnostic fut : Otite moyenne hypertrophique bilatérale.

Après l'emploi de la douche d'air, répétée tous les jours pendant quelques semaines, elle éprouva une légère amélioration. La montre est entendue à droite à 3 centimètres, à gauche, 0. Les bourdonnements sont violents surtout du côté gauche, lorsque le conduit droit est fermé la malade n'entend que la voix parlée très haute à gauche.

Les conduits sont normaux ; les tympans sont atrophiés

à un très haut degré et le manche du marteau est porté en arrière, de telle sorte que le segment postérieur du tympan gauche semble réduit à 2 millimètres de surface (mesurés du bord du conduit au marteau).

Sur ce segment, le pli postérieur est très développé, son aspect est terne. Après la douche d'air cette portion du tympan s'aggrandit un peu pour un instant, et reprend ensuite sa position première dès que la pression de l'air a diminuée. Comme on pouvait le voir, l'augmentation de surface était produite par la saillie des parties du tympan situées en avant et en arrière du pli.

Après la douche d'air, l'audition à la montre reste la même bien que la malade trouve son oreille plus légère. Le diapason mis en vibration sur le vertex est mieux entendu aussi bien avant qu'après la douche, du côté gauche.

Du côté droit existait également, mais à un degré moindre, une diminution de la surface postérieure du tympan; outre une sténose modérée des trompes que faisait reconnaître l'auscultation, on n'observait aucune autre lésion de l'oreille moyenne.

Vu les symptômes mentionnés et ce que nous avons déjà dit de l'incision parallèle du pli postérieur, on pratiqua cette opération le 1er mars en la faisant suivre d'une injection d'eau salée par la trompe. L'incision ne fut pas douloureuse et l'écoulement de sang à peine marqué.

La malade prétendit entendre beaucoup mieux après l'opération, mais on ne constata cependant pas d'amélioration.

Le lendemain pas de douleur, le bourdonnement a cessé à gauche; la partie postérieure du tympan est un peu rouge et le manche du marteau est revenu à sa position normale; la plaie est béante. Les douches d'air furent continuées jusqu'au 8 mars, et pendant ce temps les symptômes ne se modifièrent pas. Ce jour-là, la malade entend mieux la voix, mais elle prétend éprouver un bourdonnement du côté gauche, surtout lorsqu'elle est couchée; l'état de l'oreille gauche est plus supportable, dit-elle.

La plaie fut guérie le 30 mars à l'aide d'un tissu de nouvelle formation. L'audition à la voix s'est améliorée d'une manière notable, le bourdonnement a cessé, la montre placée sur l'oreille gauche n'est pas entendue.

En somme, résultat satisfaisant.

II. — Laurence Beigl., âgé de trente-huit ans, employé à la poste, entend difficilement depuis l'année 1879. Bourdonnements périodiques des deux côtés. Il y a un an, son état s'était presque subitement aggravé; un traitement de plusieurs semaines, par la douche, fait par un médecin auriste de la ville, n'eût aucun effet.

L'audition à la montre est nulle des deux côtés. Le diapason placé sur le vertex est mieux entendu à droite.

Les tympans sont, des deux côtés, fortement déprimés.

Du côté droit, le segment postérieur du tympan est très petit, les plis postérieurs sont très développés des deux côtés s'étendant sur toute la partie postérieure de la membrane.

Les deux trompes sont rétrécies.

Après la douche d'air, l'audition reste la même. Le diagnostic fut :

Otite moyenne hypertrophique bilatérale, conséquence d'une affection labyrinthique double.

Le 2 novembre fut faite l'incision parallèle du pli postérieur du côté droit. Aussitôt après l'opération le malade prétend entendre mieux la voix et le tic-tac de la montre est perçu au contact; le 3 novembre il n'existe pas de bourdonnement, le tympan est moins déprimé; douche d'air jusqu'au 7 du même mois. Il n'existe pas de douleur, le malade n'entend pas la montre, cet état persiste jusqu'au 11 novembre. Alors le malade prétend alors avoir entendu, pendant la nuit, une montre placée près de son lit. En effet, il entend le tic-tac au contact sur le pavillon et l'apophyse mastoïde. L'amélioration persista après la cicatrisation de la plaie.

III. — De Muche âgée de 48 ans, mariée originaire de Gallicie, disait avoir eu depuis ces dernières années une diminution notable de l'ouïe, elle se plaignait surtout d'un bourdonnement continuel occupant toute la tête. Pas d'autres renseignements.

L'examen des organes de l'ouïe permettent de reconnaître l'existence d'une otite moyenne hypertrophique bilatérale. Les tympans sont ternes sur leurs bords, déprimés. Les plis postérieurs très saillants s'étendent horizontalement de l'apophyse externe ou bord postérieur du conduit, le segment postérieur du tympan n'est pas très diminué. Les trompes sont libres, l'auscultation révèle un bruit rugueux et sonore.

L'audition à la montre est nulle des deux côtés ; la malade n'entend que la voix parlée haute et près de l'oreille.

Après différents traitements et surtout l'emploi de la douche d'air avec injections médicamenteuses, n'ayant obtenu aucun résultat et la malade suppliant de la débarrasser de son bourdonnement, on fit une incision verticale du pli postérieur du côté gauche, le 4 novembre.

Immédiatement après l'opération, la malade s'évanouit un peu, bien que la douleur n'ait pas été très vive; à son réveil, le bourdonnement avait disparu du côté opéré. Ouate dans le conduit, compresses froides en cas de douleur.

5 novembre. Pas de bourdonnement à gauche, la malade dit entendre mieux ; la l'examen à montre n'indique cependant aucune amélioration.

Les jours suivants on employa la douche d'air et la plaie se cicatrisa, le tympan reprit un peu sa position normale.

Le 28 novembre, l'état de la malade était toujours le même; le bourdonnement persistait du côté droit et la malade insistait pour être opérée de ce côté. La plicotomie fut également pratiquée à droite et aussitôt après l'opération, le bourdonnement cessa également pour ne pas revenir les jours suivants. L'audition resta toujours la même et cependant la malade prétendait entendre mieux et se sentir comme de nouveau ranimée. Au commencement de décembre, la plaie était également cicatrisée.

Malheureusement cette guérison ne se maintint pas, car, 15 jours après, la malade se plaignit d'un nouveau bourdonnement, moins fort toutefois que le premier.

A l'examen, pratiqué à la fin de décembre, on put constater que les tympans étaient moins déprimés qu'avant l'opération et que les plis postérieurs étaient moins prononcés.

IV. — Jean Greul, 48 ans, charron, de Nuszdorf, est atteint depuis plusieurs années d'un coryza. Depuis un an son ouïe s'est affaiblie du côté gauche et il éprouve un bourdonnement continuel très ennuyeux de ce côté. On emploie divers médicaments sans obtenir de résultat.

Le 9 novembre l'audition à la montre est la suivante :

Côté droit. — 0,09 cent.
Côté gauche. — Appuyée contre le pavillon.

A l'examen, on constate l'existence d'une otite moyenne catarrhale double, conséquence d'un catarrhe naso-pharyngien. La muqueuse des trompes est épaissie, les deux tympans sont un peu ternes, très déprimés, le pli postérieur très saillant s'étend sur le segment gauche du tympan. Le tympan est, en général, d'une coloration gris clair et un peu rosé, on ne constate de décoloration jaunâtre qu'au niveau des plis, coloration qui persiste après la douche d'air. On pensa qu'il existait une sécrétion catarrhale épaissie. La douche d'air n'ayant eu aucun effet, nous fîmes une incision parallèle au niveau du pli postérieur du tympan d'après les règles déjà signalées plus haut; aussitôt après, on fit par la trompe une injection d'eau salée (2 p. 100). Après l'opération, le tympan est un peu plus porté en dehors, la plaie saigne à peine, le bourdonnement a disparu, mais l'audition reste la même.

Le lendemain (11 novembre), la plaie est recouverte d'exsudat, le bourdonnement a reparu, il n'existe pas de douleur. Douche d'air, injection d'eau salée.

14 novembre. — Pas de douleur, pas de symptômes d'inflammation au niveau du tympan, le bourdonnement a diminué, audition à la montre : contact.

16 novembre. — Le malade entend la montre au niveau de l'apophyse mastoïde.

18 novembre. — Audition à la montre, 0,02 cent. Diminution du bourdonnement.

19 novembre. — Peu de bourdonnements, l'audition est la même, la plaie du tympan est cicatrisée, le malade est satisfait du résultat obtenu.

La raréfaction méthodique de l'air dans le conduit auditif externe nous a rendu de grands services dans bien des cas où la perte de l'ouïe et les vertiges étaient dûs à une exagération de la pression intra-labyrinthique produite par une dépression trop prononcée de la platine de l'étrier qui était cependant encore mobile, ou bien dans les cas où ces phénomènes étaient le résultat d'un état congestif. Quelquefois, les bourdonnements cessèrent complètement après l'emploi de ce procédé et d'autrefois, on obtint une amélioration passagère de ces symptômes ennuyeux; dans ces cas, on recommandait

au malade de se faire lui-même la raréfaction de l'air avec l'appareil déjà décrit.

Chez une femme âgée de quarante-cinq ans, tourmentée depuis longtemps par une otite moyenne hypertrophique et des bourdonnements continuels des deux côtés, on obtint par cette méthode non-seulement la disparition du bourdonnement, mais une amélioration de l'ouïe du côté gauche, et elle entend aujourd'hui la montre à 5 cent. au lieu du contact. Du côté droit, l'audition ne s'améliora point, mais le bourdonnement disparut également de ce côté.

Bourdonnements nerveux. — Neuf fois nous observâmes des soi-disant bourdonnements nerveux sans altération pathologique de l'oreille. Dans la plupart des cas la cause était l'anémie, des troubles circulatoires et une fois l'emploi antérieur de sulfate de quinine. Dans les cas d'anémie, on ordonna le traitement habituel et l'affection guérit en général Dans quelques cas nous avons fait usage de la condensation et de raréfaction méthodique de l'air dans le conduit auditif externe, et nous avons pu nous convaincre que ce procédé fait au moins diminuer momentanément les bourdonnements. Le fait suivant nous a paru particulièrement intéressant:

Sophie Rothhelf, âgée de dix-sept ans, vient de Gallicie, pour nous consulter. La malade bien développée pour son âge, et d'ailleurs bien portante, dit avoir eu il y a dix ans une otorrhée bilatérale ayant persisté pendant une année, depuis cette époque elle entend difficilement et éprouve un bruit de souffle, continuel dans l'oreille droite et périodique à gauche. Dans le courant de l'hiver dernier elle ressentit du côté droit des battements qui avaient toujours persisté depuis cette époque. Lorsque ce bruit cesse pendant quelques secondes, il lui semble avoir « quelque chose » dans l'oreille.

La montre est entendue à droite à 0, 14 cent., et à gauche à 0,08 cent. Elle entend très distinctement la conversation ordinaire, à tel point que les personnes de son entourage ne la croient pas atteinte de surdité. La malade raconte qu'elle ressent de temps à autre des craquements dans ses oreilles; comme l'on peut en général entendre ce bruit particulier, nous avons essayé de le percevoir à l'aide de l'otoscope

et il nous fut en effet facile de l'entendre avec ou même sans cet instrument, contrôlant ainsi le dire de la malade. Non seulement on pouvait percevoir le craquement mais nous étions aussi à même de déterminer le nombre de coups que la malade entendait dans son oreille.

L'on sait que dans bien des cas ces bruits sont le résultat de la contraction clonique des muscles du pharynx, la lèvre antérieure de la trompe s'éloignant de la paroi postérieure, et produisant ce bruit particulier; nous avons donc examiné le voile du palais et nous avons pu constater à l'œil nu ces contractions musculaires.

Chaque mouvement du voile du palais était accompagné d'un craquement dans l'oreille; lorsque les muscles se contractaient rapidement, le rhythme du bruit était accéléré et *vice versa*. Il était facile de constater directement, sur une cicatrice du tympan droit, que la trompe d'Eustache étant ouverte, la pression de l'air dans la caisse variait à chaque instant, car, pendant le craquement, la cicatrice se portait tantôt contre la paroi antérieure de la caisse et tantôt vers le conduit auditif, suivant la quantité d'air contenue dans la caisse.

Le résultat obtenu par la douche d'air, faite à l'aide du cathéter, nous permit de constater que l'éloignement de la paroi membraneuse de la trompe de sa paroi cartilagineuse, par le fait de la contraction musculaire, était réellement la cause du craquement. En effet, après la douche d'air le bruit disparaissait pendant quelque temps.

L'examen objectif révéla l'existence d'un gonflement et d'un peu de rougeur au niveau de la muqueuse de l'orifice des trompes, sans exsudation du côté de l'oreille moyenne. La tuméfaction notable des orifices des trompes empêchait l'air de pénétrer dans les oreilles par notre procédé.

Bien que nous fussions à même d'expliquer les autres symptômes éprouvés par la malade, nous devions encore chercher une autre cause pour expliquer ce craquement rhythmique. La malade étant exempte de toute autre affection, nous devions songer à une altération nerveuse. Car nous avons eu l'occasion d'observer dans des cas de catarrhe chronique, que des bruits perçus objectivement au moment de contractions musculaires visibles dans la bouche, pouvaient exister sans aucune lésion apparente.

Vu les expériences que nous avons faites dans des cas analogues, ce fait était remarquable par la résistance qu'il opposa à tous nos essais thérapeutiques.

Nous avons employé d'abord le traitement habituel anti-catarrhal (gargarismes, douche d'air), mais comme nous l'avons déjà dit plus haut, après l'applicatiou du cathéter le craquement cessait pendant quelques minutes pour reprendre ensuite son rhythme habituel. Du reste, lorsque l'on ne percevait plus les craquements, les contractions musculaires du voile du palais persistaient, fait que nous nous sommes expliqué de la manière suivante : Les parois de la trompe d'Eustache n'étant pas accolées au moment où se produisait la contraction, cette dernière ne pouvait produire le décollement, et par conséquent le bruit habituel.

On continua le traitement pendant quatre semaines avec un jour de repos entre chaque séance, après ce laps de temps la malade n'entendait plus de battements, et les contractions n'étaient plus pénibles au pharynx, mais le succès fut de courte durée, car quatre-vingts heures aprés, la malade revint se plaindre de son ancienne maladie et les contractions du voile palatin étaient de nouveau visibles. Dans le cours des mois suivants on essaya de plusieurs méthodes de traitement, on injecta des solutions de zinc par la trompe qui firent cesser aussi momentanément le craquement.

Plusieurs fois on fit des attouchements sur la muqueuse du pharynx avec le nitrate d'argent, on essaya également l'électricité et le bromure de potassium pendant quelques temps, mais on n'obtint aucun résultat.

La malade fut enfin renvoyée on l'engagea à prendre du fer et dans le cas ou l'affection existerait encore quelques mois après, on lui conseilla de revenir.

L'on ne saurait penser que dans le cas précédent nous ayons eu à faire à un catarrhe ordinaire de la muqueuse, mais nous serions plutôt disposé à considérer le gonflement et la rougeur opiniâtres des trompes comme un trouble vaso-moteur, ayant son point de départ dans une affection nerveuse supposée.

Surdi-mutité. — Parmi les 36 individus présentés comme sourds-muets, 11 d'entre eux (6 hommes et

5 femmes) avaient une affection congénitale, chez les autres la cause de l'affection fut :

La méningite...........	10	fois.
La Rougeole............	3	»
La fièvre typhoïde......	3	»
La scarlatine...........	1	»
La variole..............	1	»
L'éclampsie....	1	»
La diphtérie	1	»
Chute sur la tête..... .	1	»

Chez deux malades la cause resta inconnue.

Dans un cas de surdi-mutité congénitale, soit 1 sur 11, les parents étaient consanguins, cousins germains ; dans 3 cas existait un catarrhe purulent de l'oreille moyenne qui disparut à la suite du traitement.

Prof. GRUBER.

Revue Bibliographique.

Manuel pratique des maladies de l'oreille.

Par le Dr Guerder (1).

Ce manuel a été spécialement écrit pour le médecin praticien qui y trouvera résumées les notions positives que nous possédons actuellement sur la pathologie de l'oreille.

Dans la première partie, l'auteur passe en revue l'anatomie et la pathologie de l'oreille externe et de l'oreille moyenne, en insistant surtout sur les rapports de ces diverses parties avec les organes du voisinage qui peuvent être atteints par la marche de l'affection auriculaire. Pour l'auteur la caisse de l'oreille moyenne du nouveau né qui n'a pas respiré ne présente qu'une cavité virtuelle remplie par une masse gélatineuse. Nous ne partageons pas entièrement l'idée de M. Guerder sur ce sujet, et nous croyons que l'on a voulu en faire, mais à tort, un signe de médecine légale.

L'anatomie de l'oreille interne est passée sous silence,

(1) Doin, édit. 1883.

cependant l'auteur eut pu la résumer brièvement, sans pour cela se départir de son principe de vulgariser l'étude des maladies auriculaires.

Le deuxième chapitre est consacré à l'étiologie générale. Tour à tour y est étudié l'action du froid et les violences extérieures, de l'âge, du sexe, des professions, des maladies générales (scarlatine, variole, fièvre typhoïde, diphthérie, méningite cérébro-spinale, syphilis, etc.). Dans la rougeole, dit l'auteur, le catarrhe de la trompe et de la caisse est très fréquent; ce n'est qu'exceptionnellement qu'il prend la forme purulente.

L'exploration de l'oreille forme le troisième chapitre : en quelques mots, M. Guerder enseigne le mode d'emploi du spéculum, de la lumière, du réflecteur, du spéculum pneumatique et les procédés servent à faire passer l'air dans l'oreille moyenne par la trompe d'Eustache; puis il étudie l'exploration de la fonction auditive au moyen de la montre, de la voix et du diapason.

Le quatrième chapitre traite de la thérapeutique générale (émissions sanguines locales, scarification du conduit, nettoyage de l'oreille, instillations, insufflations, révulsifs et caustiques.

Il nous est impossible de résumer la deuxième partie de ce manuel, car il nous faudrait citer les diverses affections qui atteignent l'oreille. Signalons cependant la description de l'hématome que l'auteur considère avec raison comme résultant tantôt d'une violence extérieure, tantôt d'une prédisposition particulière, celle de l'otite externe, qui peut se présenter sous diverses formes, syphilitique, diphtéritique, desquamative ou parasitaire, celle des corps étrangers que l'auteur divise en amas cerumineux et épidermiques, en corps vivants, animaux végétaux et minéraux; dans ceux-ci, il groupe les corps végétaux durs. M. Guerder s'attache à démontrer que les affections de la cavité naso-pharyngienne occasionnent fréquemment des maladies de l'oreille. Dans les affections chroniques de la caisse, l'auteur ne fait peut-être pas assez ressortir la différence entre le catarrhe chronique sec (Sclérose) et le catarrhe chronique humide.

Il montre les complications fréquentes des suppurations de l'oreille, et il insiste sur le traitement de l'otorrhée.

Aux maladies de l'oreille interne, il ne cite que l'hypéré-

mie, la commotion, l'inflammation et la syphilis du labyrinthe. Quant à la maladie de Menière, il n'en fait qu'un ensemble de symptômes qui peuvent avoir diverses causes (maladies de l'oreille moyenne, affection primitive du labyrinthe et affection des centres nerveux).

Dans la troisième partie, l'auteur traite de la surdité partielle, de la surdi-mutité, de l'hygiène et de la prothèse.

Après avoir parlé en quelques mots du développement de l'ouïe et de la parole chez l'enfant, M. Guerder rappelle que la surdité est fréquente dans le jeune âge; aussi engage-t-il à s'occuper spécialement des enfants atteints du surdité partielle et à créer pour eux des établissements spéciaux où les soins médicaux seraient donnés aux enfants en même temps qu'ils y recevraient l'instruction.

Rappelant les causes de la surdi-mutité, le plus souvent acquise, il insiste pour que les médecins s'occupent des maladies de l'oreille plus qu'ils ne l'ont fait jusqu'ici; le nombre des enfants sourds diminuerait considérablement.

M. Guerder met sous les yeux les principales règles d'hygiène par rapport au froid, au bain, et il engage à ne pas laisser aux bijoutiers le soin de pratiquer la perforation du lobule, à ne pas laisser les enfants respirer par la bouche, à porter un tampon de ouate peu serré dans le cas de perforation du tympan, à faire par semaine une ou deux injections au choral ou à l'acide phénique lorsque la suppuration de l'oreille sera tarie. Quant aux malades atteints de catarrhe chronique de la caisse, il leur conseille le séjour à la campagne, et l'emploi des dérivatifs et des frictions sur le corps.

L'auteur termine son ouvrage en recommandant aux sourds l'emploi des tubes acoustiques.

Tel est le résumé de ce manuel dont nous engageons vivement la lecture, car malgré les légères critiques que nous lui adressons, M. Guerder n'en a pas moins fait un livre appelé à un grand succès surtout auprès des médecins praticiens.

Le spécialiste y rencontrera aussi un tableau succint et bien fait des diverses parties de l'oreille.

J. Baratoux.

Considérations cliniques sur le régime diététique à l'état pathologique (*Sul regimo dictetico nello stato patologico, considérazioni clinickle.*)

Par le docteur Pietro MASUCCI.

Spécialiste des maladies du nez, de la gorge et de l'appareil respiratoire (1).

Il paraîtra étrange, dit le docteur Masucci, que nous qui, depuis longues années, nous sommes spécialement occupés d'affection du larynx et du nez, nous venions maintenant parler d'observations qui, à première vue, paraissent étrangères à notre spécialité. Cependant, pour peu que l'on considère les affections auxquelles l'organe de la voix est souvent exposé, on verra que les maladies des bronches et des poumons s'étendent quelquefois jusqu'au larynx et jusqu'au pharynx par le seul fait de la contiguité des tissus qui s'étendent jusqu'à l'œsophage.

Aussi, l'on peut songer que si, comme laryngoscopiste, nous devons soigner cette affection jusque dans l'appareil respiratoire; il ne faut pas négliger ce qui tient au canal alimentaire, et il est bien évident que l'on doit s'occuper de la diétetique dans les cas morbides.

La place nous manque pour suivre l'auteur dans toutes ses considérations, mais nous engageons vivement le lecteur à lire cette intéressante brochure marquée au coin d'un esprit observateur et consciencieux. Pour conclure, dit-il, nous dirons que personne ne voudra penser que l'alimentation doive être la même à l'état pathologique et dans l'état de force et de santé. Quant à l'opportunité de la médication, elle doit être basée sur l'assimilation et sur l'idiosyncrasie du sujet et d'après l'aphorisme d'Hippocrate « senes facillime jejunum ferunt : victus humidus febricitantibus omnibus confert, maxime vero pueris et aliis tali victu uti consuetis. » Le vieillard de Coos savait bien aussi que d'après l'état des muqueuses, il pouvait établir la qualité du suc gastrique et la manière dont se faisait l'assimilation dans l'estomac.

« Victus calidi robusti, frigidi vero debiles. »

Prof. A. R.

(1) **Extrait du *Journal international des sciences médicales*. Enrico Detken, édit. Naples.**

Contribution à l'étude de la crête auditive chez les vertébrés.

par le Dr G. Ferré (1).

Depuis plusieurs années, l'attention des anatomistes et des otologistes s'est portée vers l'étude histologique du limaçon. Si de grands progrès ont été réalisés jusqu'à ce jour dans cette étude si difficile, je dirai même la plus difficile du corps humain, si de nombreuses découvertes destinées à jeter un jour nouveau sur cette question et à expliquer le fonctionnement de ces diverses parties ont été faites, c'est grâce à l'activité d'une nombreuse pléiade de chercheurs qui, en grande partie, appartiennent aux Universités allemandes. Cependant un certain nombre de savants tels que Corti, Grimm, Pritchard, Minot, doivent figurer sur la liste déjà longue des auteurs qui ont porté leurs études de ce côté; quelques Français ont aussi contribué pour leur part à l'édifice commun. Aussi serions-nous heureux de voir figurer leurs noms auprès des étrangers, surtout lorsque ce sont nos compatriotes qui traitent ce sujet. C'est le reproche général que nous adresserons à la thèse de M. Ferré.

Dans un premier chapitre, l'auteur traite des principaux procédés de préparation.

Il est bon de faire des coupes épaisses avec la scie pour étudier microscopiquement la crète auditive. On fait une section transversale du crâne en avant des conduits auditifs externes et une section antéro-postérieure de la ligne médiane après avoir mis au jour les cellules mastoïdiennes. On injecte alors par la fenêtre ronde une solution de gélatine phéniquée qui maintient en place les parois muqueuses du labyrinthe. On fait alors des coupes à 3 ou 4 millim. environ les unes des autres parallèlement à la face postérieure du rocher de manière à avoir des crètes auditives entières.

Mais si l'on veut étudier la structure intime des crètes, surtout celle de la cupule terminale, il faut faire des coupes minces après fixation des éléments, décalcification et durcissement de la préparation. Fixation par A. osmique; coloration par picro-carminate d'amoniaque, hématoxyline fuchsine, et bleu d'aniline, décalcification par A. chromique à 25 ou 50 °/o ou solution saturée du A. picrique; durcissement par

(1) Thèse, Bordeaux 1882.

gomme et alcool. Du reste nous avons nous-mêmes donné la technique de tous ces procédés dans le traité du Dr Latteux. (1)

Le chapitre II est consacré à la structure comparée de la crête auditive.

L'on sait que ces crêtes sont situées dans les orifices ampullaires des canaux demi-circulaires. Elles sont convexes chez les poissons, les reptiles, les oiseaux et les mammifères, concaves chez les batraciens; chez les mammifères, elles sont disposées en forme de croix.

Chacune des crêtes est formée par une *couche de tissu conjonctif* saillante au-dessus de laquelle est une *membrane propre*, puis une *basement-membrane* soutenant l'*épithélium* et un organe cuticulaire, la *cupule terminale*.

L'auteur étudie spécialement la couche épithéliale et la cupule terminale.

La couche épithéliale se divise elle-même en deux couches : une couche profonde formée d'*éléments nucléaires* que Max Schultze a découverts et appelés *cellules basales*; Hasse leur a donné le nom de cellules en forme de dents; Meyer, celui de cellules nucléaires, et Ebner, celui de cellules de la basement-nembrane. Entre elles est le plexus nerveux formé par les filets allant aux cellules de la couche supérieure. Les cellules nucléaires ne sont anastomosées ni avec l'épithélium nerveux, ni avec les nerfs. Ce sont des cellules de soutien; elles ont un corps cellulaire mince et un noyau très volumineux.

Les cellules de la couche supérieure sont de deux sortes : cylindriques et fusiformes.

Les premières ont été découvertes par Leydig. Reich, Max-Schultze, Kolliker et Odénius les ont décrites tour à tour chez les divers animaux ainsi que chez l'homme. Pour ces auteurs, ces cellules se termineraient brusquement au niveau de leurs extrémités supérieures et inférieures, ce seraient des cellules de support; mais Pritchard chez le chien et le chat, Kühn sur les poissons osseux, Retzius chez les téléostéens et Meyer chez les reptiles et les oiseaux, ont vu qu'il existait des prolongements à chaque extrémité de ces cellules. Nous avons étudié nous-mêmes ces parties chez le chat, le chien, le lapin et le cobaye, et nous en avons donné un court résumé

(1) Latteux. — *Manuel technique d'histologie pratique.* 1882. Chez. Coccoz et Delahaye et Lecrosnier, éditeurs, Paris.

dans notre thèse inaugurale (1). Nous sommes étonnés de ne pas voir nos recherches mentionnées par un auteur français, d'autant plus que la liste de nos compatriotes qui se sont occupés de ce sujet est bien courte. Après nous, M. Coyne, a vu une pareille disposition chez les mammifères.

C'est à ces cellules que Pritchard avait donné le nom de *cellules en brosse*, car à leur partie supérieure elles se terminent par une série de cils courts. De leur extrémité inférieure part un prolongement filiforme qui n'est autre qu'un filament nerveux. Ce sont ces cellules que nous avons appelés *cellules sensorielles*.

Les cellules fusiformes ont été découvertes par Schultze, c'est Odénius qui les a découvertes chez l'homme. Hasse, Grimm, n'admettent pas leur existence, contrairement à Rudinger, à Ebner, à Meyer, à Pritchard et à Kühn. Nous les avons constatées ainsi que M. Coyne. C'est à celles que Pritchard a donné le nom de *cellules en épine*. Leur corps est cellulaire; il renferme un gros noyau et a deux prolongements. Leur partie inférieure se continue avec des filets nerveux qui sont directs ou dégagés du plexus nerveux, placé entre les cellules mucléaires.

Rudinger croit que les filets nerveux des cellules fusiformes sont en rapport avec les filets du plexus nerveux ; il ajoute même que le filet nerveux se prolongerait dans le filament supérieur de la cellule. Les cellules fusiformes seraient donc des cellules nerveuses. C'est à cette opinion que se rattachent Hasse, Waldeyer, Meyer et Kühn.

Pritchard et Coyne pensent que ce filament se perd dans la cupule terminale. Pour nous qui regardons ces cellules comme des *cellules de soutènement*, nous ne voyons dans le prolongement inférieur qu'une sorte de pied nullement en rapport avec les filaments nerveux. C'est dans leur partie supérieure concave que vient se mettre la cellule cylindrique et leur prolongement supérieur non nerveux vient soutenir la cupule terminale. Nous différons donc d'opinion avec la plus grande partie des auteurs qui admettent que le prolongement s périeur de la cellule fusiforme irait se terminer au-dessus de l'épithélium, par des poils volumineux, rigides, prolon-

(1) Baratoux. *Pathogénie des affections de l'oreille, éclairée par l'étude expérimentale*. A. Delahaye et E. Lecrosnier, Paris 1881.

gement du filament nerveux. Ces poils auditifs traversent la membrane tectoriale et vont se terminer dans la cupule terminale.

Le troisième et dernier chapitre est consacré à l'étude de la *cupule terminale.*

Cette cupule située au-dessus de la crête auditive a été découverte en 1863 par Lang, qui lui donna ce nom. Pour cet auteur, les poils auditifs n'étaient que les restes de la membrane terminale réduits à cet aspect par les réactifs employés ; il niait ainsi l'existence de ces poils décrits par Reich et Max Schultze. Mais bientôt on ne tarda pas à connaître ses véritables rapports, grâce aux recherches de Rudinger, Meyer et Kühn, qui l'étudièrent chez divers vertébrés inférieurs, Hasse chez l'embryon des vertébrés et Coyne chez de jeunes chats et de jeunes chiens (1).

Cette cupule est claire et transparente à l'état frais, et striée par l'action de l'acide osmique.

Chez les vertébrés inférieurs, la cupule est cruciforme dans les ampoules verticales, transversale dans l'ampoule horizontale; chez les mammifères elle est toujours cruciforme.

Sa face supérieure convexe fait saillie dans l'ampoule et est baignée par l'endolymphe. Sa face inférieure concave est en rapport avec la crête auditive, elle se laisse déprimer par les cils des cellules. Cette face inférieure est séparée des cellules par une membrane amorphe, *membrane tectoriale* que traversent les poils.

D'après Retzius, Kuhn et Rudinger, une troisième membrane recouvrirait la cupule terminale.

Lang, Retzius, Rudinger, etc., etc., ont dit qu'elle avait une structure fibrillaire; mais Hasse n'admet pas la striation primitive de la membrane; pour lui, cette striation serait due à des dépôts successifs de couches de substance articulaire.

Pour la plupart des auteurs la striation est perpendiculaire ou oblique à la surface de la crête auditive.

(1) L'auteur se demande s'il est le premier avec M. Coyne à décrire la cupule terminale des mammifères jeunes. Cependant, à la page 22 du travail de M. Meyer qu'il cite fréquemment, se trouve la note des travaux de Hasse à ce sujet; et ce dernier auteur a donné la description de la cupule terminale de l'embryon dans « *Die Vergleichende Morphologie, etc.*, p. 77. C'est pour cela que nous attribuons cette découverte à M. Hasse et non a MM. Coyne et Ferré.

Quant à la nature de cette substance, la question n'est pas encore tranchée. L'auteur admet qu'elle est formée de substance grenue dans laquelle plongeraient des fibres obscures, les poils auditifs se termineraient dans cette cupule en se confondant avec elle, opinion déjà admise par Meyer et Kicher. Il rejette l'opinion de Hasse qui dit que chaque poil est contenu dans une cavité creusée dans la cupule et il n'admet pas non plus que la cupule soit une agglomération de poils.

Cette cupule persiste-t-elle à l'état adulte? on l'a vue chez tous les vertébrés excepté chez les mammifères où personne encore ne l'a signalée jusqu'à ce jour. Nous nous permettrons de regretter que les rapports des otolithes avec la cupule terminale ne soient pas signalés.

L'auteur expose ensuite le rôle physiologique des diverses parties de la crête auditive. Regardant les cellules fusiformes comme des organes de soutien, il leur donne le rôle de supporter la cupule terminale qui, grâce à eux, s'abaisserait plus ou moins sur la crête auditive et viendrait s'appuyer plus ou moins sur les cils vibratiles des cellules cylindriques que nous avons appelées cellules sensorielles; c'est-à-dire, seules destinées à percevoir les vibrations, rôle que j'avais, du reste, décrit pour chacun des éléments du canal de Corti (*Loc. cit.*).

Enfin, peut-être, M. Ferré, est-il trop affirmatif pour ce qui est des cellules fusiformes qu'il regarde comme des cellules de soutien dans la partie physiologique de sa thèse, puisque dans la partie anatomique, il admet l'opinion de MM. Pritchard et Coyne. Or, ce dernier auteur dit que « les cellules fusiformes et les cils rigides seraient en continuité directe avec les fibrilles nerveuses terminales » (1), aussi, M. Ferré devrait-il regarder les cellules fusiformes comme des cellules sensorielles et non comme des cellules de soutien.

L'auteur termine son travail par des considérations d'analogie entre la cupule terminale et la membrane de Corti.

En résumé, malgré les quelques lacunes que nous avons signalées, le travail de M. Ferré est évidemment une œuvre sérieuse qui résume parfaitement l'état actuel de nos connaissances sur la crête auditive chez les vertébrés, sujet toujours délicat et difficile à approfondir.

J. B.

(1) Art. *Oreille*, in Dict. de Dechambre, p. 77.

Revue de la Presse

Cicatrices de la cavité rétro-nasale formant une membrane. *(Uler membranförmige Narben im oberen Pharynxraume).* — Par le professeur SCHRÖTTER, de Vienne. — Schrötter a décrit depuis quelque temps déjà les cicatrices pour la plupart d'origine syphilitique ou appartenant à l'état morbide, que Stoeck appelle : « blennorrhée chronique de la muqueuse du nez, du pharynx et du larynx ou provenant simplement d'une inflammation de la muqueuse ou des tissus sous-muqueux; cicatrices qui, partant circulairement des parois du larynx et de la trachée, forment des sténoses concentriques; il en est de même de celles qui se trouvent dans la partie supérieure du pharynx, et le mérite de Schrötter consiste à avoir introduit dans la pratique, les sondes en caoutchouc durci destinées à maintenir ces sténoses ouvertes après avoir obtenu leur dilatation par un procédé opératoire quelconque. Pour compléter les observations de ce genre, l'auteur donne la description de six cas, où la cavité rétro-nasale était atteinte de la même affection, produisant de graves désordres de la déglutition, de la respiration, de l'ouïe et de l'odorat. Il exclut de ces observations les cas ordinaires de cicatrices syphilitiques rayonnantes se trouvant sur la paroi postérieure du pharynx ou celles qui relient les parois latérales, surtout les piliers, à la paroi postérieure.

Il s'agit simplement des cicatrices concentriques formant au niveau de la cavité rétro-nasale un espèce de diaphragme obstruant en partie ou tout à fait cette dernière. Tous les degrés sont représentés dans ces six cas.

Le premier, le plus intéressant, est aussi le plus grave. C'est un malade de trente-deux ans, très intelligent mais qui offre une physionomie presque stupide : bouche béante, œil terne, langage peu compréhensible, pas d'odorat, peu de goût, ne pouvant se moucher à cause de l'impossibilité où il est de faire passer de l'air par le nez.

La rhinoscopie seule donne l'explication de ces phénomènes; ni la cloison du nez n'est visible, ni l'orifice de la trompe d'Eustache, ni son bourrelet.

Du voile du palais, qui paraît raccourci par une membrane lisse, rougeâtre qui se dirige vers la base du crâne. Corres-

pondant au bord supérieur de l'orifice nasal gauche on aperçoit un trou de 5 millimètres de longeur et 3 millimètres de largeur, obstrué par des mucosités; le fond paraît être formé de granulations. Ce trou avait été fait au moyen du galvanocautère quelques années auparavant. L'insufflation d'air par la narine gauche fait paraître une série de bulles d'air au fond du trou. Le malade n'offre aucune autre infirmité; pas de trace de scrofule, ni de syphilis.

L'ouïe, pour la montre, est à gauche 45 centimètres, à droite 6 centimètres; il éprouve des bourdonnements à droite; le diapason y est également perçu plus fort quand on l'applique sur le crâne. Une insufflation d'air dans les trompes améliore l'audition et confirme en même temps la supposition que l'orifice des trompes se trouve entre la membrane et l'orifice postérieur des narines.

Schrotter fait, au moyen du galvanocautère, par le pharynx, une forte cautérisation dans la membrane au niveau de l'orifice postérieur de la narine droite. Au bout de deux jours, l'air passe et l'odorat revient. Introduction d'une bougie en métal par la narine droite, qui y reste à demeure. Le lendemain, trou de 10 à 12 millimètres; introduction d'une seconde bougie par l'autre narine; les deux bougies sont liées ensemble au-devant du nez pour écarter l'orifice artificiel. Huit jours après on distingue parfaitement la cloison et la base du crâne. Dix jours après, on fait une nouvelle cautérisation au galvanocautère au niveau du bord inférieur gauche de l'ouverture artificielle. Au bout de huit jours, la sonde pénètre dans les deux trompes, à droite un peu plus difficilement qu'à gauche; l'air passe. Voici le résultat obtenu par un mois de traitement; la physionomie est tout à fait transformée, l'œil est clair, la bouche fermée, l'expression de la figure gaie; l'air passe abondamment par les narines; l'odorat est bon, le goût amélioré; l'ouïe est bonne. La malade quitte l'hôpital pour revenir deux fois par semaine se faire introduire les bougies.

Le second cas se rapporte à une cicatrice syphilitique; le troisième, à une blennorrhée chronique des muqueuses du nez, etc., le quatrième, est d'origine syphilitique; le cinquième est dû à une rhinite chronique (ozène); et le sixième, est d'origine indéterminée.

En terminant, Schrotter décrit son nouveau releveur

du voile du palais, en caoutchouc durci, modification de l'instrument de Voltolini, donnant un angle de 45° à la partie courte de l'instrument et supprimant les ailes latérales. (*Monatsschr. für Ohrenheilkunde*, etc., n° 8, 1882). L. B.

Contribution à la thérapeutique locale des affections du pharynx, par le Dr Weise, de Berlin. — C'est la difficulté qu'on rencontre chez les enfants, pour examiner et traiter la gorge, qui a suggéré à l'auteur l'idée de faire construire un abaisse-langue avec un pulvérisateur. Cet instrument ne permet pas seulement de faire l'examen de la gorge et le traitement en même temps et sans autre instrument, mais il permet aussi d'éviter d'autres inconvénients, tels que blessures, hémorrhagies, etc. L'auteur se plaît à lui attribuer une importance particulière dans le traitement de la diphtérie, et il indique sa manière de procéder dans ces cas ; on commence, par exemple, à faire une pulvérisation avec :

Acide salicylique..........	1 gr.
Esprit de vin rectifié......	25 gr.
Glycérine..................	105 gr.

au moyen de cet instrument ; puis il fait prendre à demi-heure d'intervalle, une cuillerée à café de vin de Hongrie, à deux heures une cueillerée d'une potion de benzoate de soude (5 sur 200) ou de benzoate de magnésie, s'il y a apparence d'une altération du cœur, à deux heures et demie il fait gargariser avec une solution d'acide salicylique de 1 sur 300, pour recommencer ainsi le même traitement avec la seule modification que, la nuit, les intervalles comprennent une heure au lieu d'une demie-heure.

La réserve, avec laquelle l'auteur recommande son traitement, l'empêche de se voir confondu avec les inventeurs de spécifiques pour la diphtérie, et mérite qu'on en prenne note. (*Allgem. Wien. medic. Zeit.* n° 41, 1882). L. B.

Trois observations d'extirpation du larynx. — Clinique du professeur Czerny de Heidelberg., par le Dr F. Maurer, médecin assistant.—Les trois cas, dont il s'agit, ont déjà été signalés par Foulis (International med. Congress. 1880. Table of cases of complete exstirpation of the larynx), et par Schüller (*Deutsche Chir.*, *Lief*. 37, 1880, p. 200).

Maurer en fait la description détaillée, et très intéressante.

Le premier malade, atteint d'un lymphosarcome du larynx, fut opéré au mois d'août 1878, et mourut au mois de novembre à la suite d'une décomposition sanieuse des nombreuses métastases des glandes du cou.

Le second cas, un épithélioma du larynx et des parties molles, qui le recouvrent fut opéré au mois d'octobre 1880, et le malade succomba au mois de mars 1881 à la suite de fortes hémorrhagies provenant d'une récidive locale très étendue.

Le troisième cas, également un épithélioma du larynx, fut opéré au mois de mai de l'année passée, et le malade jouit encore aujourd'hui d'une santé parfaite. (*Berlin. Klin. Wochenschrift* n° 26 et 27 1882.) L. B.

Contribution à l'étude des sténoses trachéo-bronchiques chez l'enfant, par le Dr S. Neumann. (*Beitrag zur Lehre von den Tracheo-Bronchostenosen im Kindesalter.*) L'auteur raconte le cas d'une sténose trachéo-bronchique produite par l'engorgement des ganglions bronchiques qui finirent par se ramollir et par s'abcéder. L'abcès se fit jour dans les deux bronches et dans l'œsophage, comme le démontre l'autopsie. La trachéotomie avait été faite sans succès. L'auteur insiste sur le renversement prononcé de la tête en arrière qu'il indique comme un symptôme pathognomonique de cette sorte de sténose (?). (*Wiener med. Blätter. 1882,* nos 20 et 21.) L. B.

Du carcinome profond du cou d'origine branchiale, par R. Volkmann. — L'auteur a observé dans ces dix dernières années, chez trois hommes de l'âge de 40 à 50 ans, dans le triangle supérieur du cou entre les muscles des cancers qui ne tenaient ni à la peau ni à la muqueuse pharyngienne, ni à des glandes lymphatiques malades, mais qui étaient évidemment des néoplasmes primitifs ; dans deux cas seulement l'extirpation radicale fut possible, et l'un des deux mourut dix jours après l'opération à la suite d'une hémorrhagie secondaire.

L'examen exact de la région, où se trouvèrent ces néoplasmes, dont le germe doit être cherché nécessairement dans une couche épithéliale, fait supposer qu'ils forment le pendant des athéromes profonds du cou et qu'ils proviennent du développement ultérieur de germes cellulaires épithéliaux, qui n'ayant pas disparu, donnent lieu longtemps après à une prolifération hétéroplastique, provoquée par une forte irritation restée inconnue.

Cette espèce de carcinome est très rare en comparaison des kystes, des chondromes, ainsi que de chondro-sarcomes d'origine branchiale. Elle remplit seule, d'après l'auteur, les conditions nécessaires pour faire admettre l'hypothèse d'une préformation embryonnaire (Cohnheim) du germe carcinomateux centrale. (*Centralbl. fur Chir.* 1882, N° 4, et *Centralbl. f. Med.* Wissensch., N° 38, 1882.) L. B.

Des excoriations superficielles de la langue par M. Hack. — L'auteur a eu l'occasion de suivre sur trois générations chez lesquelles la syphilis était inadmissible, la prédisposition à avoir des desquamations de la langue.

Une absence des papilles de la langue sur la ligne longitudinale (Unna) avait amené chez une femme de 38 ans, un sillon peu profond et des crevasses plus ou moins symétriques des bords de la langue. Sur le dos de cet organe existaient plusieurs excoriations superficielles rondes, tandis que sur les bords, et sur la pointe, une série d'enfoncements oblongs et ovoïdes à bords jaunâtres et aigus s'étaient formés. Ces parties étaient rouges et les papilles fongiformes étaient hypertrophiées. La malade se plaignait de sensations de violente brûlure quand elle mangeait des mets acides, elle éprouvait également une certaine difficulté à mouvoir sa langue. La maladie avait commencé dans la plus tendre enfance.

La mère, âgée de 62 ans, présentait les mêmes lésions : excoriations rouges à bords jaunâtres sur la pointe et les bords de la langue. Chez deux de ses enfants, la langue était également couverte d'excoriations.

Dans le 2e cas, le père de la malade principale présentait une excoriation molle, d'un rouge uniforme et de la grandeur d'une pièce d'un franc; un frère qui ne s'est pas présenté à l'examen, souffrait depuis son enfance de douleurs à la langue; une petite fille offrait toute une série d'excoriations rouges, et la patiente même, qui a trente ans souffrait fortement d'excoriations rouges à bord jaunâtre (*Monatsschr. Pract. Dermatot, Avril 1882 et Allg. med. central. Zeit.* n° 76, 1882). L. B.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Pharynx.

DAMASCHINO. — Muguet primitif du pharynx chez les typhiques (*Soc. med. des hôp.*, 24 Novembre 1882 et *Thérap. contemp.*, 29 Novembre 1882.)

DAUCHEZ. — Angine diphtéritique récidivant le 20e jour sur le même sujet; paralysie précoce du voile et du palais (*France med.*, 16 Janvier 1883).

DUGUET. — Du muguet primitif de la gorge (*France med.*, 5 Décembre 1882).

FOLLET. — Polype naso-pharyngien (Compte rendu *in Bullet. med. du Nord*, 10 Octobre 1882).

GENET. — Angine périodique cataméniale (*Courr. med.*, 25 Novembre 1882).

GORDON HOLMES. — Observations cliniques sur le traitement des amygdales hypertrophiées (*The Lancet*, 11 Novembre 1882).

REIGNIER. — Abcès rétro-pharyngien chez un enfant de quatre mois. (*Concours méd.*, 25 Novembre 1882).

F. RUBIO. — Des difficultés de l'extirpation des amygdales friables. (*El siglo med.*, 17 Décembre 1882).

WALTER SMITH. — Deux cas de paralysie de la moitié gauche du voile du palais. (*Acad. of. med. in Ireland* et *The Lancet*, 30 Décembre 1882).

Nez.

ARCHAMBAULT. — Du coryza syphilitique. (*Journ. de med. et de chirurg. prat.*, Décembre 1882).

JOUIN. — De la dilatation immédiate progressive dans l'occlusion de l'orifice naso-pharyngien. (*Rev. med. franç. et étrang.*, 20 Janvier 1883).

LOCQUIN. — Polypes muqueux des fosses nasales, dégénérescence des os en rapport avec la muqueuse de Schneider. (*Gaz. des hôp.*, 16 Janv. 1883).

LUCAS. — Un cas d'ozène syphilitique dans lequel on pratiqua deux fois l'opération de Rouge (*The Lancet*, 20 janvier 1883).

MASINI. — La résorcine dans l'ozène. (*Arch. Itali. di laring.*, 15 Octobre 1882).

ZUCKERKANDL. — Anatomie normale et pathologique de la cavité nasale et de ses sinus. (*Monatssch. f. ohrenh.*, nº 4, 1882).

Larynx.

ARIZA. — Notes cliniques relatives à un cas de périchondrite et carie des cartilages du larynx (*El siglo med.*, 26 Novembre et 5 Décembre 1882).

BONOMA. — De la tuberculose pharyngo laryngée. (*Arch. Itali. di laring.*, 15 Janvier 1883).

CICCONARDI. — Sur un cas de tuberculose laryngée. S'agit-il de laryngite tuberculeuse rimitive? Importance de l'examen laryngoscopique. (*Arch. Itali. de la ing.*, 15 Janvier 1883).

DAVY. — Herpès du larynx. (Thèse Paris, 1882).

DELAS. — De la laryngite catarrhale aiguë dans la première enfance. (Thèse Paris, 1883).

ELSBERG. — Tumeurs papillomateuses du larynx (*The Méd. Rec., N. Y.*, 25 novembre 1882).

FASANO. — Sur un cas de muguet du larynx. (*Arch. Itat. di laryngol.*, 15 Janvier 1883).

FERRAND. — Contribution à l'étude de la phtisie laryngée, la dyphagie et ses conséquences. (*Thèse de Paris*, 16 Novembre 1882).

FRANKEL. — Du diagnostic de l'ulcère tuberculeux du larynx. (*Berlin, Klin. Wochensch.* nº 4, 1883).

GENTY. — Des symptômes laryngés d'origine nerveuse dans le cancer de l'œsophage. (Thèse, Paris, 1883).

GOUGUENHEIM. — Des névroses du larynx. (*Progr. méd.*, 13 et 20 Janvier 1883).

GRAZZI. — Sur un cas de laryngite chronique grave. Trachéotomie. (*Bollet. del. malat. del l'orechio, della gola e del naso*, Florence, 1er Janvier, 1883).

Grazzi. — Epithélioma du larynx. (*Archiv. Ital. di laryng.*, 15 octobre 1882).

Greffier. — Fièvre typhoïde, ulcérations du larynx; Trachéotomie. (*Soc. Anat.*, 10 Mars 1882 et *Prog. méd*, 30 Décembre 1882.)

Ivins (Horace). — Du traitement mécanique des sténoses laryngo-trachéales. (*The Hahnemannian monthly*, Décembre 1882, nº 21.)

John M. C. Munn. — Un cas mortel de laryngite striduleuse. (*The Lancet*, 9 décembre 1882.)

Kemhadjam-Mihan. — Contribution à l'étude de la paralysie bilatérale du dilatateur de la glotte. (Thèse Paris, Octobre 1882.)

Masseï. — Sur un cas de paralysie des cordes vocales; étude préparatoire aux paralysies motrices (*Arch. Ital. di laringol.*, 15 Octobre 1882.)

Masseï. — Rapport médico-légal (*Arch. Ital. di laringol.*, 15 Janvier 1883).

Masucci. — Tuberculose laryngée; ses formes et sa médication locale (*Arch. Ital. di laringol.*, 15 Octobre 1882).

Moore (Norman). — Inflammation chronique de la glotte, de la trachée et du larynx. (*Patholog. soc. of London*; 2 janvier 1883 et *Brit. med. journ.* 6 Janvier 1883).

Ruggi. — Un cas d'extirpation totale du larynx. (*Arch. Ital. di laryngol.*, 15 Janvier 1883).

Solis Cohen. — De la tuberculose du larynx. (*Amer. journ. of med. scienc.*, Janvier, 1883).

Oreilles

Bartlett. — De l'acide borique pulvérisée dans le traitement des catarrhes purulents chroniques de l'oreille moyenne. (*The Hahnemannian, monthly*, Décembre 1882, nº 21).

Bride (M.-C.). — Remarques sur la physiologie du vertige auriculaire et sur quelques autres névroses produite par les maladies de l'oreille. (*Brit. med. journ.* 30 Décembre 1882).

Buch (Albert). — Un cas de corps étrangers du conduit auditif externe; Extraction par le décollement du pavillon et du conduit cartilagineux. (*The. med. Rec.* 16 Décembre 1882).

Burnett (Charles). — Des avantages du traitement sec dans l'otorrhée. (*Amer. journ. of med. scienc.* Janvier 1883, p. 83).

Burnett (Ch.). — Otite moyenne chronique purulente, son traitement au « *Presbytérian hospital* » de Philadelphie (*Americ. journ. of Otol.* Boston, Octobre 1882).

Burnett (Ch). — Quelques observations sur l'utilité du salicylate de chinoline dans l'otorrhée. (*Améric journ. of Otol.* Boston. Octobre 1882).

Clarence Blacke. — Développement du revêtement dermoïde du tympan, (*Améric. journ. of. Otol* Boston, Octobre, 1882.)

Ellis Richard. — Notes sur un cas de surdité à la suite de contusion cérébrale. (*Brit. med. journ.* 30 Décembre 1882.

Gellé. — Surdité au point de vue de l'hygiène, (*Trib. Med.* 30 Décembre 1882).

Gellée. — Otorrhée, bourdonnements d'oreille, surdité d'origine réflexe; guérison par l'extraction de dents cariées. (*Trib. med.* 10 Déc. 1882).

Grazzi. — Des insufflations auriculaires et de leur valeur thérapeutique. (*Bolletino delle malatie dell' orechio, della gola e del naso.* Florence, 1er Janvier. 1883.

Knapp. — Un cas de surdité bilatérale à la suite des oreillons. (*Arch. of Otol. N. Y.* Décemb. 1882).

Garcia. — Monso (E.) Complications auriculaires des angines (*El siglo. med.* 12 Septembre 1882).

Moos. — Etiologie et résultat de l'examen de 40 cas de surdité congénitale (*Zeitsch. of Ohrenh et Arch. of Otol. N. Y.*, Décembre, 1882).

Moos et Steinbrugge. — Pachyméningite hémorrhagique dégénérescence

aiguë des deux nerfs acoustiques; Thrombose de l'artère auditive interne du côté droit. *(Arch. of N. Y. Otol.* et *Zeitsch. of Okrenh.* 30 Août 1882 Décembre 1882).

Moos et Steinmbruge. — Rapport clinique et histologique sur 100 cas de polypes de l'oreille (*Zeitsch. fur Ohrenh.* 25 Octobre 1882 et *Arch. of Otol.* Décembre 1882).

Oren Pommeroy. — De l'usage des tubes de caoutchouc durci dans les cas de suppuration chronique du tympan avec rétrécissement ou occlusion du conduit auditif externe (*Améric. Journ. of Otol.* Boston. Octobre 1882).

Pierce. — Un cas de maladie de l'os temporal, avec hernie du cerveau (*Arch. of Otol. N. Y.*, Décembre, 1882. *Brit. Med. journ.* 21 oct. 1882.)

Villiam James. — Des vertiges chez les sourds-muets (*Améric. journ. of Otol* Boston. Octobre 1882).

Varia.

Albert (de Vienne). – Plusieurs cas d'extirpation de goitre. (*Wien. med. Presse.* nos 3, 6, et 10. 1882).

Avenia. — Croup, trachéotomie, mort. (*Arch. Ital. de laring.* 15 Janvier 1883).

Barthelemy. — Note sur le psoriasis des muqueuses et surtout sur le psoriasis lingual (*Journ. des conn. méd.* 4 Janv. 1883).

Braatz. — Un spéculum trachéal (*Centrall fur chir.* 23 Sept. 1882. *et the med. Rec. N. Y.* 18 Nov. 1882).

Bouchut. — Tuberculose des ganglions bronchiques ayant amené l'ulcération de la trachée et la mort subite par évacuation et séjour d'un fragment caséux dans les voies aériennes. (*Paris, Med.* 25 Nov. 1882).

Bufardi. — Une modification du trachéotomie de Maisonneuve et de Lési. (*Arch. Ital. di Laryng.*, 15 Octobre 1883.)

Coulon. — Essai sur le cancer du corps thyroïde. (*Thèse* Paris 1882).

Davezac. — Des inhalations iodoformées chez les phtisiques. (*Journ. de méd. de Bordeaux* 7 janv. 1883.

Georges Lefferts. — Corps étranger des voies aériennes, rupture de la trachée dans les efforts de toux, emphysème chirurgical, trachéotomie mort. (*The Med. Rec. N. Y.* 25 Nov. 1882).

Goodno. — Histoire de 5 trachéotomies. (*The Hahnemannian Month.* Nov. 1882),

Hénoch. — De la diphtérie (*Berlin. Klin. Wochensch.*, n° 40, 1882).

Jacobson. — Ulcérations de la langue, de leur diagnostic et de leur traitement. (*Brit. Méd. Journ.*, 20 Janv. 1883).

Nathan-Jacobson. — Corps étrangers des voies aériennes; haricot enclavé dans la bronche droite. Trachéotomie, extraction, guérison (*The Méd. Rec.*, 30 Décembre 1882).

Shrady (Georges). — Trachéotomie suivie de succès, dans un cas de croup chez un enfant de douze mois (*The Méd. Rec.*, 6 Novembre 1882, p. 512).

Thomas. — Rapport sur 15 trachéotomies. (*The Hahnemannian Month.*, Novembre 1882).

UN NOUVEAU JOURNAL

M. le docteur Vittorio Grazzi, de Florence, dont le nom est loin d'être pour nous un inconnu, vient d'avoir l'heureuse idée de fonder un nouveau journal spécialement consacré à l'étude des maladies de l'oreille, de la gorge et du nez, sous le titre de *Bolletino delle malattie del l'orechio, della gola, e del naso.*

Que notre savant confrère reçoive nos meilleurs souhaits de bienvenue.

Le propriétaire-gérant, Dr E. J. Moure.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER, rue Cabirol, 1

4e Année. N° 3. 1er Mars 1883

REVUE MENSUELLE DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

SOMMAIRE. — **Travaux originaux**. — De l'audition colorée, par le Dr J. Baratoux ; L'accumulateur Faure et la galvano caustie, par le Dr L. Bayer, de Bruxelles ; Sur une disposition singulière de la partie laryngienne du cartilage thyroïde ; Ventricule antérieur supplémentaire du larynx, par le Dr G. Coupard, de Paris. — **Revue Bibliographique** : Etude sur la paralysie isolée du muscle ary-aryténoïdien, par le Dr Lecointre ; Contribution à l'étude de l'herpès des muqueuses ; De l'herpès du larynx, par le Dr Davy ; L'inflammation aiguë du labyrinthe membraneux de l'oreille (*Otitis labyrinthica intima*) prise par erreur pour de la méningite célébro-spinale épidémique, par le Prof. Voltolini ; Contribution à l'étude du pneumatocèle du crâne, par le Dr Brunschvig. — **Revue de la Presse**. — **Index Bibliographique** : Pharynx, Nez, Larynx, Oreilles, Varia.

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'audition colorée

Par le Dr J. Baratoux.

On entend par *audition colorée* un phénomène qui consiste en ce que le son de la voix ou d'un instrument se traduit par une couleur caractéristique et constante pour la personne possédant cette propriété chromatique.

Ainsi quelques individus peuvent donner une couleur verte, rouge, jaune à tout bruit, à tout son qui vient frapper leur oreille.

Ce phénomène bizarre, a été signalé pour la première fois en Allemagne par Nussbaumer. C'est dans le commencement de janvier 1873, que ce docteur publia son observation dans le *Wiener medic. Wochenschrift*. Chaque sensation acoustique déterminait une sensation visuelle, telle que chaque ton était accompagné d'une sensation colorée constante. Les sons se traduisaient tantôt par la couleur bleue, tantôt par la couleur brune ou jaune. Dès son enfance, cet auteur avait présenté ce phénomène

qui se produisait aussi chez son frère. Peu à près un étudiant en médecine publia sa propre observation, et vint confirmer ainsi l'opinion de Nussbaumer en déclarant que lui aussi était doué de cette propriété chromatique. Depuis cette époque, un certain nombre d'auteurs, Lehmann et autres apportèrent de nouveaux faits qui montrèrent que cette faculté bizarre n'était pas le propre de quelques-uns, car on signala jusqu'à 596 personnes atteintes de cette maladie, en Allemagne seulement. Dans le courant du mois d'octobre 1881, le *London medical Record* publiait à son tour un article sur ce sujet; il proposait d'appeler cette propriété chromatique « colour hearing, » terme qu'il empruntait au *Medicin. Neugkeiten* et à la *Lancet Cincinnati.*

En France, on s'occupa peu de cette affection; cependant, Pouchet et Tourneux, à la page 396 de leur *Précis d'Histologie humaine et d'Histogénie* (2me édition), disent qu'on a signalé des perceptions chromatiques dérivant d'impressions acoustiques, sans doute, par suite d'un trajet anormal des fibres nerveuses venant de l'oreille. Nous trouvons encore quelques lignes sur ce sujet, à la page 24 de l'article Rétine du *Dictionnaire des sciences médicales*; quelques courtes observations accompagnent le résumé de l'observation de Nussbaumer.

Tout récemment, M. Pedrono ayant eu l'occasion de rencontrer un professeur de rhétorique atteint de cette affection, a publié le résultat de ses observations dans les *Annales d'oculistique*, de Warlomont. Dans l'étude qui va suivre, nous mettrons à contribution les recherches de cet auteur.

Pour toute personne possédant l'*audition colorée*, chaque sensation acoustique, bruit, son, voix et accord se traduit par une couleur rouge, verte, bleue, jaune, etc.

C'est ainsi qu'un *bruit* quelconque détermine une image colorée qui serait sombre, grise ou brune, indéterminée pour ainsi dire, comme le bruit qui l'a produite. Si celui-ci est intense, la couleur sera plus accentuée, sans cependant changer de nuance. La *parole*, la conversation ordinaire se traduit par une couleur peu accentuée qui est toujours la même pour chaque personne. Cependant il existe des variétés de cette couleur dues à ce que cha-

que voyelle produit une coloration plus ou moins brillante, suivant qu'elle est plus ou moins haute. Ainsi l'*u* qui est la voyelle la plus basse déterminera la couleur la plus sombre, tandis que les voyelles *a* et *o* donneront une coloration plus éclatante. Quant aux consonnes, si ce n'est les sifflantes, elles ne se traduisent que par une très faible sensation colorée. Mais si la voix se fait entendre dans sa pleine émission, dans le chant, par exemple, elle pourra déterminer une sensation mieux caractérisée au point de vue chromatique; tout en conservant sa couleur elle varie cependant par l'intensité de sa coloration. Plus la voix s'élève, plus la couleur est vive, peu importe le ton, qu'il soit majeur ou mineur; ce n'est que le degré plus ou ou moins élevé de l'échelle musicale qui aura un effet sur les nuances de la coloration.

Dans un chœur, les voix conservent leur couleur propre, cependant certaines d'entre-elles sont plus éclatantes, elles correspondent alors aux chanteurs dont les voix sont dominantes. On ne trouve pas toutefois deux couleurs semblables, de même qu'il n'existe pas non plus deux voix semblables, elles peuvent avoir beaucoup de ressemblance, mais il y a toujours une légère différence de nuance.

Ce que nous venons de dire de la voix chantée s'applique également aux notes musicales. Chacune d'elles en effet, se traduit par une couleur d'autant plus brillante qu'elle est plus élevée. Il ne faut pas cependant croire que chaque note a une coloration propre, car les notes voisines se ressemblent entre elles tout en conservant certains traits différentiels. Un accord provoque les mélanges colorés qui se confondent de manière à ne former qu'une couleur quand l'accord est parfait, mais si l'accord est dissonnant, certaines couleurs se détachent alternativement pour prédominer chacune à leur tour au fur et à mesure qu'elles sont produites.

Ici, comme le ton n'a aucune action sur la production de l'image colorée, c'est la *hauteur* seule qui agit sur la nuance de la couleur; cela est facile à démontrer par la transposition d'un morceau de musique d'un ton dans un autre; la teinte ne change pas, elle devient seulement plus ou moins brillante, suivant que le ton est plus ou

moins élevé. L'*intensité* produit un effet analogue sur la coloration propre du son, si celui-ci est fort, la couleur est mieux caractérisée, s'il est faible, la teinte est moins tranchée. Mais il en sera tout autrement du *timbre*. C'est en effet le timbre qui détermine la couleur; avec chaque voix, avec chaque instrument, un même morceau de musique donnera une couleur différente. Ainsi, tel morceau qui, joué sur la clarinette paraîtra rouge, deviendra bleu exécuté sur le piano : c'est ce qu'a bien déterminé le professeur de rhétorique dont nous parlons plus haut. Disons encore que ce malade a reconnu que les voix agréables lui paraissaient jaunes.

De ce qui précède, nous voyons donc que chaque voix, chaque instrument a une couleur propre et constante, couleur due à son timbre; les deux autres qualités du son, hauteur et intensité, n'agissent que sur la nuance de la couleur produite par le timbre.

Comment ce phénomène si curieux de l'audition colorée se produit-il? Faut-il, comme Nussbaumer n'y voir qu'une exagération de sensibilité des centres chromatiques, déterminant une connexion intime entre le sens chromatique et le sens acoustique chez les personnes qui, dès leur jeunesse ont comparé les sens aux couleurs? Est-il préférable d'attribuer cette faculté à une erreur de l'esprit, comme le croit Bruehl? Ni l'une ni l'autre de ces explications ne nous paraissaient plausibles. Mieux vaudrait avec Pouchet et Tourneux attribuer cette bizarrerie des sens à « quelque trajet anormal des fibres nerveuses de l'oreille se rendant aux centres perceptifs exclusivement affectés d'ordinaire par les fibres du nerf optique. » A cette manière de voir M. Pedrono objecte qu'il faudrait une grande quantité de fibres nerveuses à suivre ce trajet anormal pour que toutes les excitations acoustiques puissent déterminer chacune une impression différente sur le centre chromatique.

M. Nouel met l'audition colorée sous la dépendance de l'irradiation nerveuse centrale. D'après, lui les vibrations de l'air seraient conduites par le nerf auditif au centre acoustique; tant qu'elles ne dépasseraient pas un certain degré d'excitation, elles se localiseraient au centre, mais si celle-ci devenait plus forte, elle s'irradierait dans les

centres voisins qui répondraient à l'excitation primitive par une sensation variable avec la partie cérébrale irritée; c'est ainsi que le centre chromatique pouvant être impressionné, le sujet aura une perception chromatique analogue à celle due à une excitation directement transmise par le nerf optique. Cette théorie est encore peut-être moins à l'abri des objections que la précédente et M. Pedrono se demande pourquoi l'ébranlement nerveux ne s'irradie-t-il pas aussi du centre chromatique au centre auditif. En effet si ce centre chromatique était trop vivement impressionné, pourquoi des sons ne seraient-ils pas perçus par l'oreille de la personne douée de l'audition colorée? Il faudrait alors admettre que le centre ne reçoit pas la sensation trop vive ou qu'il n'y a pas de rapports de réprocité entre les couleurs et l'ouïe. Et puis l'on ne comprendrait pas pourquoi l'irradiation nerveuse ne se ferait que vers le centre auditif; pouquoi les centres voisins du siège central de l'audition ne seraient-ils pas influencés de la même manière que le centre chromatique, il n'y aurait donc que celui-ci et celui de l'audition qui seraient aussi intimement unis.

Des faits précédents nous pouvons conclure que le centre chromatique est excité non-seulement par une impression venant de la rétine, mais par des agents irritants perçus par d'autres organes des sens. Est-ce directement que la sensation est conduite au centre chromatique, ou bien est-ce en passant par le centre auditif? Nous inclinerons vers cette dernière opinion, à l'exemple de M. Pedrono. N'est-il pas admis que les cellules de certains sens sont reliées avec d'autres centres plus ou moins éloignés par des conducteurs nerveux? Pourquoi donc ici ne pas admettre que certaines cellules auditives seraient unies à des éléments semblables de centre chromatique. Nous comprendrions alors facilement pourquoi telle cellule auditive irritée produirait toujours la même perception de couleur. Aussi admettrons-nous cette manière d'expliquer le rapport intime entre la perception d'un son et d'une couleur chez les personnes douées de ce phénomène bizarre appelé audition colorée.

Dr J. Baratoux.

L'accumulateur Faure et la galvano-caustie.

Par le Dr L. Bayer, de Bruxelles.

Si la galvano-caustie n'a pas fait son chemin dans le monde chirurgical, comme elle le mérite, et si elle ne tient pas encore, comme cautère, le premier rang dans presque toutes les spécialités (oreilles, nez, larynx, appareil uro-génital, etc.,) si même bien des praticiens non-seulement ne connaissent pas les avantages de cette méthode, mais encore ignorent son existence, il faut évidemment en rejeter la faute sur les appareils électro-moteurs.

La plupart de ces derniers demandent de grands soins pour le montage, le démontage et le nettoyage, opérations qui prennent beaucoup de temps, quand on s'en sert souvent et presque journellement. Je ne parle pas des frais qu'ils entraînent, frais assez considérables déjà au point de vue de leur acquisition, pour empêcher beaucoup de médecins de faire usage du cautère électrique.

Ne suis-je pas moi-même, après huit ans de pratique, arrivé à employer mon cinquième appareil à galvano-caustie. J'ai usé complètement une grande batterie (Middeldorpf) de zinc et platine pendant les deux dernières années cependant je n'ai employé que la batterie de Voltolini.

Des raisons analogues peuvent être invoquées pour la pratique hospitalière, aussi ai-je cru utile de publier le résultat de mes expériences faites avec l'accumulateur Faure. Je recommanderai d'autant plus volontiers cet appareil que je ne sache pas que d'autres avant moi en aient tiré profit pour la galvano-caustie.

Tout le monde sait que l'accumulateur Faure est une pile secondaire, dont les électrodes sont en plomb et plongent dans de l'eau acidulée par l'acide sulfurique; pour donner rapidement à ses couples un pouvoir d'accumulation presque illimité, Faure recouvre les électrodes d'une couche de plomb spongieux, formée et retenue de la manière suivante :

Les deux lames de plomb du couple sont individuellement recouvertes de minium ou d'un autre oxyde de plomb insoluble, puis entourées d'un cloisonnement en

feutre, solidement maintenu par des vis en plomb; ces deux électrodes sont ensuite placés, l'un près de l'autre, dans un récipient contenant de l'eau acidulée. Le couple étant ainsi disposé, il suffit, pour le charger, de le faire traverser par un courant électrique qui amène le minium à l'état de peroxyde sur l'électrode positif et à l'état de plomb réduit sur l'électrode négatif. Dès que toute la masse a été électrolysée, le couple est formé et chargé.

Quand on le décharge, le plomb réduit s'oxyde, et le plomb peroxydé se réduit jusqu'à ce que le couple soit devenu inerte. Il est alors prêt à recevoir une nouvelle charge d'électricité.

Pratiquement, on peut emmagasiner ainsi dans une pile Faure de 75 kilogr. une grande quantité d'énergie capable de fournir un travail extérieur de un cheval-vapeur pendant une heure.

Je me suis donc procuré à la Compagnie Belge et Hollandaise d'Électricité, à Bruxelles, un accumulateur Faure de 8 kilogr. que j'ai installé sur ma table à côté de mon laryngoscope et d'autres instruments dont je me sers continuellement (1). Cet appareil permet de rougir pendant 5 minutes un fil de platine de 0^m00075 de diamètre sur 0^m20 de longueur; à l'expérience faite une demie heure après il rougissait encore, un fil de platine de 0^m00058 sur 0^m2 de largeur pendant 15 minutes. C'est donc plus qu'il ne m'en fallait pour rougir les galvanocautères, ceux de Voltolini. de Breslau et tous les instruments de Von Bruns travaillés plus grossièrement, sans en excepter le couteau galvanique (galvanoculter) de Von Bruns, qui représente une assez forte épaisseur.

Un accumulateur de 30 kilogr. devrait largement suffire aux grandes opérations, telles que : amputations de jambes et de bras, si l'on était encore tenté de les faire comme pendant le temps où j'étais médecin-aspirant à la clinique chirurgicale de Tubingen (chez le professeur Von Bruns), ablations de grandes tumeurs, etc.

L'accumulateur une fois monté et chargé conserve sa force très longtemps ; c'est ainsi que Van Ruyselberghe, à l'observatoire de Bruxelles, qui a eu l'extrême obligeance de mettre à ma disposition deux accumulateurs

(1) Cet accumulateur revient à 40 francs formé et chargé.

pour faire mes premiers essais, se sert du même accumulateur (de 8 kilogr.) pour son téléphone électrique pendant des mois entiers.

Pour maintenir mon accumulateur sur le point de la plus grande tension électrique possible, je l'ai mis en communication avec trois éléments Leclanché (1), que j'ai installés au-dessous de ma table, en reliant au moyen de fils conducteurs le pôle positif des éléments au pôle positif, et le pôle négatif au pôle négatif de l'accumulateur (2).

Cet appareil peut ainsi rester en place sans que l'on s'en occupe; au bout de quelques mois seulement, il faut ajouter un peu d'eau aux éléments Leclanché.

Ayant ainsi ma source électrique toujours prête, je n'ai qu'à attacher les fils conducteurs à l'accumulateur pour me servir de mes galvano-cautères. Quant à ces derniers, je me sers depuis quelque temps exclusivement des instruments de Voltolini, de Breslau, qui sont faciles à manier, élégants et recommandables sous tous les rapports.

Le premier mois, je me suis servi de l'accumulateur simple, sans pile Leclanché, pour quelques opérations et pour faire de nombreuses expériences, sans toutefois avoir pu constater la moindre diminution de la force électrique de l'accumulateur. Voici sommairement les opérations que j'ai pratiquées, leur diversité servira en même temps à démontrer que la force électrique de l'accumulateur n'est pas trop considérable pour empêcher l'emploi des plus petits instruments, et qu'elle est suffisante pour les plus gros : cautérisations des cornets hypertrophiés, de polypes muqueux inaccessibles à l'anse froide de racines de polypes du nez; opération à l'anse électrique d'un sarcome volumineux du nez, communiquant avec l'antre de Highmore et la cavité buccale par l'avéole de la seconde molaire; la partie du sarcome se trouvant dans la cavité nasale et sortant de la narine, fut parfaitement enlevée et le reste traité par l'ectrolyse avec des aiguilles en zinc et en fer que j'avais

(1) Au lieu de piles Leclanché on pourra employer avec le même avantage deux éléments Daniel ou Bunsen qui sont préférables pour des accumulateurs plus forts.

(2) Toute l'installation revient, y compris l'accumulateur, à 55 francs.

introduites dans la tumeur, une par le trou de l'alvéole et l'autre par la narine; ablation d'amygdales pharyngées au moyen de l'anse électrique; cautérisations de ces mêmes glandes et de végétations adénoïdes de la cavité rétro-nasale; cautérisations de la muqueuse hypertrophiée de la même cavité. Dans ces derniers cas, après quinze jours de traitement, il survint deux accidents que je n'avais jamais observés auparavant :

Une dame D..., de trente-cinq ans, atteinte d'ailleurs de hémophilie, et un jeune homme H..., de seize ans, convalescent d'une diphthérie et fort anémique, furent pris le troisième jour après une cautérisation électrique de la base du crâne et de la tonsille pharyngée, au moment où les eschares se détachaient, d'une hémorrhagie telle que je fus forcé de l'arrêter pendant la nuit au moyen de tampons imprégnés de perchlorure de fer, en faisant dans le second cas le tamponnement complet de la cavité rétro-nasale.

J'ai fait en outre des cautérisations, dans les cas de pharyngite latérale (Schmidt), l'opération d'une tumeur du larynx, se trouvant sur la paroi postérieure du larynx entre les cartilages aryténoïdes, chez un homme que j'avais traité il y a quatre ans, pour une affiction syphilitique de la gorge; à l'oreille j'ai fait deux fois la perforation du tympan avec le petit galvano-cautère de Voltolini, et j'obtins dans ce cas un succès complet: cautérisation dans la caisse du tympan de la racine d'un polype fibreux de l'oreille qui avait une longueur de 2, centimètres et demi et remplissait tout le conduit de l'oreille gauche. L'affection existait chez un étudiant en médecine de Louvoie auquel j'ai enlevé le polype avec l'anse froide.

J'ai pratiqué en outre d'autres cautérisations sur des végétations développées sur le tympan, dans le conduit auditif, etc., etc.

Enfin je suis moi-même étonné de l'usage que j'ai fait de la galvano-caustie depuis que j'ai installé mon accumulateur, surtout lorsque je me rappelle y avoir presque complètement renoncé.

MM. les professeurs Rossbach et Voltolini m'ayant, à l'occasion du congrès de Londres, fortement engagé à me servir de la batterie de Voltolini, j'ai pu, grâce à cette dernière, opérer de nouveau avec le galvano-cau-

tère, mais je dois reconnaître que le nouvel accumulateur dont je me sers est bien préférable à toutes ces batteries.

Avec ce dernier, en effet, il n'est plus besoin de s'occuper du liquide; il est inutile de regarder si rien ne manque, si l'appareil est bien entretenu pour ne pas faire défaut pendant l'opération, ce qui arrive quelquefois, etc., etc.

Je ne crois pas me tromper, si je prédis une nouvelle ère à la galvano-caustie grâce à l'accumulateur Faure; et mon but, en écrivant ces lignes, sera déjà atteint, si je sais avoir rendu un petit service à tous ceux qui se servent du galvano-cautère ou désirent employer ce nouveau mode de traitement.

Dr L. BAYER.

Sur une disposition singulière de la partie laryngienne du cartilage thyroïde. — Ventricule antérieur supplémentaire du larynx.

par le Dr G. COUPARD, de Paris.

En pratiquant la dissection de la muqueuse du larynx, (pavillon de M. Berne, aide d'anatomie de la Faculté de Paris), nous avons remarqué au niveau de l'insertion des cordes vocales inférieures, un peu au-dessus de leur point d'attache, une particularité qui nous a paru digne d'intérêt, c'est une petite loge d'environ trois millimètres de profondeur et de deux millimètres de diamètre bilatéral, tapissée par la muqueuse comprise entre les deux feuillets du cartilage thyroïde et constituant une sorte de ventricule laryngien supplémentaire.

Comme il s'agissait d'un sujet dont nous n'avions pu apprécier les fonctions vocales, puisqu'il servait aux travaux de dissection, nous ne saurions déterminer dans quelle mesure, cette disposition anormale pouvait modifier la phonation.

Nous nous proposons de rechercher ultérieurement chez les antropomorphes de grande taille si pareille disposition est un fait soit constant, soit relativement fréquent.

Peut-être nous sera-t-il possible de rattacher à l'évolu-

tion même du larynx dans les espèces animales, l'origine de cette particularité.

Nous proposons jusqu'à nouvel ordre d'appeler *ventricule antérieur* du larynx, cette loge dont nous ignorons l'origine embryogénique et l'importance, ou au moins le rôle physiologique.

Dr G. COUPARD.

Revue Bibliographique.

Etude sur la paralysie isolée du muscle ary-aryténoïdien,

par le Dr L. LECOINTRE (1).

Les paralysies isolées du muscle ary-aryténoïdien sont considérées comme très rares par les médecins spécialistes. Le docteur Lecointre a eu la bonne fortune d'en observer pourtant un certain nombre à la clinique du docteur Moure, et cela dans un laps de temps assez restreint. Aussi en a-t-il fait l'objet de sa thèse inaugurale.

A peine soupçonnée au moment où fut inventé le laryngoscope, la paralysie de l'ary-aryténoïdien n'entre dans le domaine clinique que par les observations de Duranty, Ziemssen, Poyet, Bosworth, Morell Mackensie, Elsberg, Schrötter. Dans cette Revue même le docteur Ducau en a publié une observation.

Rare chez les enfants, cette paralysie se manifeste surtout à l'âge adulte. Sur les dix cas rapportés par M. Lecointre, sept appartiennent à cette dernière catégorie.

Les deux causes généralement admises de cette affection sont l'hystérie et la laryngite catarrhale. L'auteur tend à en admettre d'autres, la syphilis, par exemple, et la tuberculose.

Les symptômes fonctionnels sont plus ou moins complets, suivant l'intensité de la lésion : altération de la voix si le muscle est simplement parésié, aphonie s'il est entièrement paralysé. Le laryngoscope fournira les symptômes physiques les plus précieux. Alors qu'en faisant prononcer au malade la voyelle *E*

(1) Thèse de doctorat, Bordeaux 1882. — Bureau De la *Revue de Laryngologie*.

les cordes vocales viennent se mettre en contact dans leurs deux tiers ou leurs trois quarts antérieurs, le tiers postérieur ou le quart restera béant suivant le degré de paralysie. C'est là un signe caractéristique qui rend facile le diagnostic différentiel.

Le traitement varie suivant la nature de la lésion. A-t-on affaire à l'hystérie ? on s'adressera aux antispasmodiques. S'agit-il d'une laryngite catarrhale ? on aura recours aux inhalations chaudes et stimulantes. Mais le moyen par excellence, celui qui donne les résultats les plus positifs, c'est l'électricité, surtout l'électricité portée directement sur le muscle ary-aryténoïdien et à un degré bien inférieur l'électrisation cutanée.

La thèse du docteur Lecointre qui, parmi les dix observations très nettes de paralysie de l'ary-aryténoïdien en contient quatre personnelles, demeurera une contribution utile à l'étude de cette affection peu encore connue. Dr J. L.

Contribution à l'herpès des muqueuses. De l'herpès du larynx.

par le Dr Davy (1).

L'auteur ayant eu l'occasion d'observer un cas d'herpès du larynx, a choisi ce sujet pour sa thèse inaugurale.

Après avoir passé en revue les travaux des auteurs français, et laissant de côté, mais à tort selon, nous les observations récentes de provenance étrangère, M. Davy définit l'herpès du larynx une éruption sur les parois laryngées de vésicules d'herpès donnant naissance à une ulcération ou à une exsudation plastique pseudo-membraneuse. Jamais, dit l'auteur, on n'avait examiné le larynx d'un malade atteint de cette affection avant 1878. C'est M. Fernet qui en a publié la première observation. La deuxième observation serait due à l'auteur. Il a pu constater au laryngoscope une série de vésicules blanchâtres, opalines, grosses comme la tête d'une épingle et entourées d'une auréole inflammatoire ; 24 ou 46 heures après, les vésicules pâlissent et disparaissent complètement, ou sont remplacées soit par des ulcérations arrondies, soit par des fausses membranes.

(1) *Thèse Paris*, 1882. Rey, 14, rue Monsieur-le-Prince.

La durée de la maladie varie entre 7 à 12 jours; la guérison en est la terminaison habituelle.

Le diagnostic est difficile si l'on ne peut se servir de laryngoscope; la coexistence d'herpès labial ou guttural, aidera beaucoup pour déterminer la nature de la maladie.

Le pronostic est bénin. Quant au traitement, l'expectation suffit, aidée de repos et de quelques boissons acidulées. Cependant la trachéotomie pourra être nécessaire si l'enfant asphyxie.

Suivent l'observation de M. Fernet et celle de l'auteur recueillies dans le service de M. Proust.

M. Davy conclut, après bien des auteurs, que certains croups bénins pourraient être dus au développement de l'herpès dans le larynx.

J. B.

L'Inflammation aiguë du labyrinthe membraneux de l'oreille *(Otitis labyrinthica intima)* prise par erreur pour de la méningite célébro spinale épidémique.

Die acute Entzündung des häutigen Labyrinthes des Ohres (Otitis labyrinthica s. intima) irrthümlich für meningitis cerebro-spinalis epidemica gehalten.

Par le Dr R. Voltolini

Professeur à l'Université de Breslau (1).

Dans ce travail qui comporte une centaine de pages, le docteur *Voltolini* s'occupe de l'inflammation aiguë du labyrinthe membraneux de l'oreille, prise par erreur pour de la méningite cérébro-spinale épidémique.

Comme le titre de la monographie l'indique, le *professeur de Breslau* s'adresse surtout ici aux médecins praticiens, dont il veut attirer à juste titre l'attention sur une maladie qu'ils ont l'occasion d'observer dans ses premières phases, plus heureux sous ce rapport que les spécialistes. Ces derniers ne sont en effet le plus souvent consultés que quand la maladie a produit ses fatales conséquences : la surdité ou la surdimutité. Mais ils ont autant d'intérêt que les premiers à lire attentivement ce travail, où ils trouveront réunis tous les éléments de la question qui a déjà été posée et discutée

(1) Breslau, 1882.

ailleurs, dans différents traités d'otologie et lors du *Congrès de Milan*, en 1881.

La thèse que le docteur *Voltolini* s'efforce de soutenir est, en résumé, celle-ci : la méningite cérébro-spinale épidémique ne produit pas les cas de surdité ou surdi-mutité qui se rencontrent relativement souvent et dont la marche est assez rapide ; c'est une inflammation aiguë du labyrinthe membraneux de l'oreille qui est ici en cause.

Il professe, comme on voit, sous ce rapport, une opinion opposée à celle de la plupart des médecins auristes.

Moos, dans un travail sur la méningite cérébro-spinale épidémique *(Ueber die Meningitis cerebro-spinalis epedemica von Moos)*, considère cette maladie comme la cause principale du nombre assez grand des instituts de sourds-muets qui existent maintenant.

Cet auteur cherche à expliquer la surdité persistant après cette affection, non pas tant par les modifications pathologiques qu'a subies le quatrième ventricule, mais surtout par celles du nerf acoustique lui-même.

Dans certains cas, il a trouvé ce dernier ramolli, comprimé, enveloppé de pus, ou sa gaîne était enflammée et hypérémiée. Il y aurait donc souvent ici une affection cérébrale en jeu.

Von Tröltsch est porté à croire que le quatrième ventricule est le point principal de la lésion, qui produit de là la paralysie du nerf acoustique.

Voltolini objecte à cette manière de voir que, chez des gens à audition normale ou à peu près normale, on a trouvé à l'autopsie le plancher du quatrième ventricule macéré, l'acoustique et le facial enveloppés d'exsudat.

Politzer avait prétendu, au *Congrès de Milan*, que le nerf acoustique présentait la plus grande impressionnabilité ; c'est lui qui est, en effet, le plus souvent attaqué dans les maladies infectieuses, sous l'influence des médicaments ou des modifications chimiques du sang. Mais il y a d'autres organes des sens qui sont aussi influencés dans ces circonstances ; s'il y a une surdité quinique, par exemple, il existe aussi une amaurose quinique, dont on a publié plusieurs observations dans ces derniers temps.

Il faut du reste remarquer que *Politzer* ne nie pas absolument l'existence d'une affection labyrinthique primaire ; cet

auteur cite même un cas de sa propre pratique, où un enfant devint sourd après une fièvre de courte durée. Le sujet mourut plus tard d'une péritonite ; à l'autopsie, le nerf acoustique fut trouvé normal ; le limaçon, le vestibule et les canaux demi-circulaires étaient remplis d'une masse osseuse de nouvelle formation ; le tympan, de même que le marteau et l'enclume étaient mobiles.

Voltolini comprend sous le nom d'otite labyrinthique, une maladie spéciale de l'enfance, atteignant rarement les adultes. Des enfants, bien portants jusque-là, sont tout à coup atteints de maux de tête, de vomissements, de fièvre. La douleur d'oreilles n'existe pas toujours. Les malades se rétablissent après 3-8 jours, mais il reste de la surdité, qui parfois s'établit seulement plus tard. La marche tournante se perd peu à peu.

Moos, que nous citions plus haut, considère l'exsudat labyrinthique comme cause de la surdité ; c'est une opinion autre que celle de *Voltolini*, parce que pour celui-là, l'exsudat se développerait par une inflammation venant des méninges. D'autres auteurs ont la même théorie ; les symptômes caractérisant l'otite labyrinthique de Voltolini seraient produits par une forme abortive de la méningite cérébro-spinale épidémique. C'est cette opinion que notre auteur s'efforce de combattre ; ici se trouve la partie essentielle de son travail. Il cite, en faveur de sa manière de voir, une quantité d'arguments appuyés sur des observations nombreuses, dont il relate un certain nombre en détail.

Comme le nom l'indique du reste suffisamment, la forme abortive de la méningite cérébro-spinale épidémique est caractérisée par l'apparition de quelques symptômes seulement, tels que le vertige, la céphalalgie, la somnolence, la raideur de la nuque et souvent aussi un certain exanthème. Il faut cependant remarquer que cette forme abortive partage avec la maladie confirmée le triste apanage d'une convalescence lente et prolongée. Elle atteint également surtout les adultes et les personnes plus âgées. Elle arrive toujours dans le cours d'une épidémie ; elle conserve essentiellement le caractère d'une maladie épidémique. *Voltolini* invoque souvent le témoignage de *Hirsch*, qui a fait un travail sur la méningite cérébro-spinale épidémique et dont l'autorité est à juste titre reconnue partout. De 1853 à 1881, l'auteur a observé à Bres-

lau 187 cas de la maladie qu'il nomme otite labyrinthique; ils sont survenus à des époques où il n'y avait ni à Breslau, ni en Silésie, d'épidémie de méningite cérébro-spinale. Il a fait ses premières observations alors qu'on ne parlait pas encore en Allemagne de cette dernière maladie.

Il y a du reste de grandes différences entre ces deux affections. En outre le chiffre p. 100 de ceux devenus sourds dans les épidémies de méningite cérébro-spinale ne correspond pas à la fréquence de l'inflammation du labyrinthe.

Ce qui reste seulement de l'otite labyrinthique, c'est la surdité et la marche tournante qui disparait au surplus après quelque temps. A la suite de la méningite cérébro-spinale épidémique, d'après *Hirsch*, on peut observer de la surdité, des troubles de la vue, de la paralysie ou de la faiblesse, de l'hydrocéphalie, des troubles de l'intelligence, de la céphalalgie d'une certaine durée. Il y a donc aussi ici des différences.

Nous croyons utile de donner ici au lecteur le tableau comparatif des principaux caractères de l'une et l'autre maladie.

Méningite cérébro spinale épidémique.	*Otite labyrinthique.*
1 — Ce n'est que depuis l'hiver de 1863 à 1864 que la maladie est apparue en Allemagne (on peut aussi considérer comme méningite épidémique une épidémie survenue à Würzbourg en 1851.) (voir *Hirsch*).	1 — Cette otite a déjà été observée et décrite exactement pas *Kramer* avant 1849; elle a été constatée en 1853 par *Voltolini*.
2 — C'est une maladie infectieuse, épidémique, ne venant jamais que sous forme *épidémique*.	2 — Ce n'est pas une maladie infectieuse; jusqu'à présent elle a été observée seulement sporadiquement; elle se présente dans différents endroits tous les jours.
3 — Elle attaque aussi bien les adultes que les enfants.	3 — C'est presque sans exception une maladie de l'enfance.
4 — L'organe auditif est souvent affecté dans cette maladie, mais la surdité se perd souvent et persiste rarement des deux côtés.	4 — Elle attaque toujours les deux oreilles et le plus souvent amène une surdité absolue.

5 — Souvent d'autres organes des sens sont aussi frappés, entre autres l'œil, et également d'autres régions nerveuses.	5 — Dans aucun cas, *Voltolini* n'a observé d'autre symptôme que la surdité ou surdimutité.
6 — Ce qui est caractéristique pour la maladie, « c'est une convalescence fort longue et difficile; elle forme un des phénomènes les plus constants dans le cours de la méningite épidémique. » (Voir *Hirsch.)*	6 — Dans beaucoup de cas, le processus morbide est vite terminé, parfois en 3-4 jours; il ne reste que la surdité absolue.
7 — Le vomissement au début de la maladie n'est pas toujours observé.	7 — Le vomissement ouvre presque toujours la scène.
8 — L'herpès labialis est un symptôme presque constant.	8 — Il a été observé seulement une fois par *Voltolini.*
9 — La convalescence à marche lente se caractérise aussi par une grande faiblesse; aucun auteur ne signale spécialement le vertige et la marche chancelante comme succédant à la maladie.	9 — Le plus souvent, convalescence rapide. La marche chancelante et le vertige qui se rencontrent ici sans exception pendant des mois et même des années, parlent déjà en faveur d'une affection de l'oreille et non d'une simple maladie du nerf acoustiqne au-delà du rocher.

L'auteur, comme nous l'avons dit plus haut, cite un certain nombre d'observations détaillées tirées de sa pratique et destinées à confirmer sa manière de voir. Il rend compte également, à l'appui de sa thèse, de quelques cas observés par *Kramer* le fondateur de l'otologie en Allemagne, dans lesquels cet auteur a cru avoir affaire à une paralysie du nerf acoustique. Ils ont beaucoup d'analogie avec ceux de *Voltolini*, qui n'hésite pas à les considérer comme dépendant de la même cause : l'inflammation aiguë du labyrinthe membraneux. Il y a également des formes abortives d'otite labyrinthique; elles se présentent avec des phénomènes insignifiants : mais il faut s'en défier, car en général la surdité persiste.

D'après la démonstration de *Voltolini* et les nombreux faits qu'il cite, la méningite cérébro-spinale épidémique ne serait pas ici en cause. Mais quelle est la lésion qui produit ces phénomènes dont la gravité n'est malheureusement que trop

vraie? L'autopsie, ce juge en dernier ressort, fait ici défaut; le corps du délit, il faut bien l'avouer, n'est pas entre nos mains. Le siège de la lésion existe-t-il uniquement ou principalement dans le labyrinthe, ce que nous sommes porté à le croire, ou bien le cerveau ou le nerf acoustique depuis son origine jusqu'au rocher, sont-ils seuls en cause?

Il faut aussi noter que la maladie siège toujours des deux côtés ; l'inflammation du labyrinthe explique-t-elle mieux ce fait qu'une lésion du quatrième ventricule ?

Les problèmes de la médecine doivent être poussés jusqu'aux dernières limites pour que notre esprit soit entièrement satisfait, et surtout pour que la solution donnée soit complète et vraie. C'est à cette condition seule du reste, que les faits s'imposent.

La question qu'a traitée le *savant professeur de Breslau* est, d'après ce qu'on voit, de la plus haute importance. Il y a apporté toute la compétence et toute la science que ses confrères lui reconnaissent. En attirant l'attention des médecins praticiens sur une question de pathologie d'une si grande valeur, il a rendu un signalé service à la pratique de notre art. Que nos confrères veuillent donc bien tenir compte de ses avertissements ; qu'ils sachent qu'une affection qui a pour triste conséquence la surdité ou surdi-mutité, peut débuter avec des symptômes d'apparence méningitique.

La question de la thérapeutique est malheureusement fort obscure. La perspective qu'elle nous offre n'est pas souriante jusqu'au moment actuel. Le froid employé au début dans quelques cas n'a rien produit. Il est à se demander seulement s'il a été bien employé et avec assez de persévérance. *Voltolini* recommande l'emploi des antiphlogistiques de diverse nature. Il conseille d'avoir recours à l'opium avec précaution.

Tout n'est pas dit du reste là-dessus; l'observation ultérieure qui pourra être plus exacte, grâce aux connaissances que nous avons maintenant, en nous permettant d'entrer plus sûrement et plus tôt dans la voie du diagnostic, nous réserve peut-être aussi des découvertes thérapeutiques. C'est un espoir qu'aucun médecin ne doit abandonner.

D[r] Schiffers.

Contribution à l'étude du pneumatocèle du crâne,

Par le Dr BRUNSCHVIG (1).

Cette thèse renferme en quelques pages toute la question du pneumatocèle du crâne, affection rare, il est vrai.

Après avoir rapporté toutes les observations publiées par Lecat, Acrel, Lloyd, Pinet, Balassa, Jarjavay, Chevance, Voisin, Ribeiro Vianna, Thomas, Fleury, Letievant, Schmidt, Wernher, l'auteur nous fait le récit d'un cas qu'il a observé pendant son internat dans le service de M. Coutenot, à Besançon, puis il indique les travaux antérieurs au sien.

Le pneumatocèle du crâne est une tumeur gazeuse, s'accompagnant d'une lésion particulière des os sus-jacents avec localisation de l'air dans une cavité située sous le péricrâne. Le siège de cette maladie est le plus souvent au niveau des cellules mastoïdiennes, quelquefois au niveau des sinus frontaux, dans un espace limité en bas. Le gaz est-il placé sous l'aponévrose épicrânienne ou bien est-il entre le péricrâne et les os? C'est cette dernière opinion qui a prévalu. Ce gaz est produit par l'issue de l'air contenu dans les cellules mastoïdiennes ou les sinus frontaux au travers de l'os atrophié ou carié.

La tumeur qui vient saillir à l'extérieur du crâne est rose, molle, élastique, non fluctuante, quoique quelquefois elle ait donné la sensation d'une fausse fluctuation; à la percussion, elle donne un son tympanique. En comprimant la tumeur, on a pu en chasser l'air à l'intérieur; cependant cette manœuvre peut être dangereuse, car elle a été suivie parfois de suffocation et d'accès d'angoisse.

L'étiologie en est encore obscure; il faut dire cependant que la plupart des auteurs n'ont pas examiné l'oreille; sans cela ils auraient pu y constater des signes qui n'auraient pas laissé de doutes à ce sujet.

Le pronostic est bénin, en général. Quant au traitement, on a employé tour à tour la compression, la ponction, l'incision de la tumeur ou encore l'injection d'une solution iodurée dans le foyer, suivie de la compression.

J. B.

---

(1) Thèse Paris, 1883. — Rey, lib., 24, rue Monsieur-le-Prince.

Revue de la Presse

Épilepsie produite par l'hypertrophie de la muqueuse nasale, par le Dr L. Löwe de Berlin.— Un malade de la policlinique du docteur Löwe, âgé de quinze ans, était atteint d'un gonflement chronique de la muqueuse du cornet inférieur gauche. Il avait, en outre, un polype muqueux qui remplissait entièrement la partie supérieure de la narine gauche, la rhinoscopie révélait l'existence d'un gonflement de la muqueuse de la voûte du pharynx, et quelques végétations adénoïdes rondes très développées qui s'élevaient au niveau de la muqueuse tuméfiée. La mère ainsi que le malade refusèrent l'opération à cause d'attaques d'épilepsie, auxquelles le garçon était sujet. Il aurait eu, raconte la mère, les premières attaques à l'âge de deux ans (pendant sa première dentition). Elles disparurent jusqu'à l'âge de dix ans (seconde dentition), où elles se manifestèrent de nouveau à la suite d'une frayeur. Depuis cette époque elles seraient devenues de plus en plus fréquentes et depuis quelques années elles reviendraient quelquefois tous les jours. Tout traitement fut inutile et le malade devint « mélancolique ».

Löwe examine le corps et trouve en dehors d'une hypertrophie insignifiante de l'amygdale gauche et d'une déviation de la luette vers la droite, un développement plus marqué de tout le côté droit; de sorte que le côté gauche est resté, pour ainsi dire, un an en arrière. L'excitabilité réflexe de la peau et des muscles est exagérée, ainsi que celle de la muqueuse du pharynx.

On prescrit des douches nasales, à la suite desquelles les attaques cessèrent pendant huit jours, pour revenir plus fortes après; on pratiqua ensuite l'ablation du polype au moyen de l'anse galvanique, et quelques jours après, on cautérisa le cornet inférieur hypertrophié avec le galvanocautère, puis on opéra les végétations adénoïdes. Depuis lors, c'est-à-dire depuis seize mois, les attaques ont disparu; et elles ne surviennent que lorsque l'enfant a le moral fortement affecté. L'état mélancolique a également disparu.

Ces faits ne s'expliquent que par les deux raisons suivantes : 1° anomalie dans la structure du cerveau probablement dans la corne d'Ammon (Meynert) qui a été la cause prédis-

posante; 2° présence d'excroissances polypeuses du nez et du pharxnx qui ont été la cause occasionnelle.

Le docteur Loewe cite encore l'exemple d'autres névroses dont la guérison fut obtenue par celle de l'affection nasale. Il fait remarquer avec raison que l'étude des affections du nez et leur juste appréciation, permet d'éclaircir la pathologie des névroses. (*Allgem. medicin. central Zeitung*, n° 76, 1882).

L. B.

Les névroses d'origine reflexe et les affections nasales. — Contribution à la rhinochirurgie, par le docteur W. Hack, de Fribourg. — L'auteur reconnaissant la grande importance des affections nasales dans les différentes névroses, soumettait autant que possible tous ses malades, surtout ceux qui étaient fréquemment enrhumés, à l'examen rhinoscopique ; de plus, il questionnait chaque malade particulièrement pour savoir s'il n'accusait aucun des symptômes nerveux dont on connait l'origine réflexe par expérience. Si l'examen relevait quelque chose de positif, il procédait à l'examen des cavités nasales avec une attention toute spéciale.

Le résultat de cette pratique fut qu'il voyait disparaître toutes les névroses aussitôt que l'affection nasale, si petite qu'elle put être, était guérie, à moins toutefois que l'excitabilité de la partie malade diminua. Voici une série d'observations faites sur ce sujet :

1 — *Eternument spasmodique.* - Une dame en souffrait depuis vingt ans ; la cause était un gonflement et une injection singulière sous forme de taches au niveau du cornet moyen droit, qu'il traita et guérit à l'aide d'attouchements au galvano-cautère. En même temps disparaissaient des maux de tête auxquels la malade était sujette. Hack se demande à ce sujet s'il n'existe pas d'accès de migraine, dont l'origine pourrait provenir du nez (1).

2 — *Eternument spasmodique et asthme.* — Il donne la description d'un cas dans lequel existait un gonflement diffus bilatéral de la muqueuse du cornet inférieur et médian qui fut guérit au moyen du galvano-cautère;

3. — *Toux spasmodique.*— Provoquée par un polype fibreux

(1) Je pourrais pour ma part citer plusieurs faits caractéristiques venant appuyer cette supposition (Dr L. Bayer, de Bruxelles).

du volume d'un poids ; l'extirpation du polype guérit le malade de la toux qui revint avec la formation d'un second polype au même point. Cette fois-ci l'extirpation et la cautérisation de la base du polype délivrèrent le malade de son affection pour toujours. Le cas est intéressant comme preuve de l'action réflexe sur le nerf vague.

4. — *Scotome vacillant et névralgie sus-orbitaire.* — Il s'agit d'un malade qui fut complètement guéri par la cautérisation au galvano-cautère d'un petit amas de granulations d'un rouge clair, qui étaient d'une sensibilité excessive à l'attouchement avec la sonde.

Il est à remarquer que les attaques étaient bilatérales, et l'affection du nez unilatérale. L'auteur, se basant sur des faits analogues, suppose que l'on pourrait trouver des cas d'amblyopie et d'amaurose du même origine.

5. — *Névralgie ciliaire provoquée par des polypes du nez.* — Extirpation ; guérison.

6. — *Blépharalgie* (Douleurs dans les paupières). — Un malade, qui avait des rhumes fréquents, souffrait de douleurs excessivement désagréables dans le coin de l'œil droit ; douleurs s'irradiant vers la paupière supérieure et inférieure. La cause était un gonflement considérable de la muqueuse nasale, gonflement qui disparut sous l'influence de cautérisations au galvano-cautère.

7.—*Céphalalgie* (Sensation d'une pression sourde permanente et de douleur dans la partie frontale de la tête). — Deux cas : le premier malade éprouvait, en outre, une douleur violente allant de la racine du nez en arrière et suivant la base du crâne. Hack constate une hypertrophie du cornet moyen droit et l'exisence d'un petit polype de la grosseur d'une noisette situé à l'orifice postérieur de la narine gauche. Ablation du polype et cautérisation du cornet au galvano-cautère ; guérison complète.

Dans le second cas, une masse de polypes de différents volumes avait produit, en dehors des symptômes ci-dessus mentionnés, une perte de la mémoire et un tel découragement, que le malade se trouvait dans un état de véritable mélancolie. La découverte des polypes et leur extirpation suffirent pour lui rendre la santé au moral et au physique.

8.— *Prosopalgie.* — L'auteur cite un fait concernant une dame atteinte dans tout le côté droit d'un tic douloureux, qui

se transforma plus tard en une douleur violente au niveau du front. Hack trouva la surface du cornet moyen droit singulièrement granulée, comme tapissée par une quantité de papillomes; la narine gauche était intacte. La cautérisation énergique au galvano-cautère à plusieurs reprises mit fin aux souffrances de la malade.

Après avoir discuté toutes ces affections, Hack traite en terminant des névroses réflexes d'origine retro-nasale.

9. — *Des accès de spasme de la glotte* étaient provoqués chez un médecin par une hypérémie de la muqueuse retronasale avec amas de mucosité. Des badigeonnages répétés avec une solution de nitrate d'argent suffirent pour obtenir la guérison.

10. — *Toux pharyngée et vomituritions.* — (Sujet choisi parmi plusieurs) : un médecin ayant un excellent estomac était tourmenté par une sensation continuelle de corps étrangers au niveau du pharynx et des nausées fréquentes. L'examen démontra l'existence de granulations rouges formant des bourrelets épais remontant derrière les amygdales dans la cavité rétro-nasale. La destruction de ces petites tumeurs avec galvano-cautère débarassa rapidement le malade.

11. — *Épilepsie.* — Un cas où des granulations du pharynx, produisant une sensation de corps étrangers et une secrétion abondante de mucosité étaient la cause des accès. Hack n'eut qu'une seule fois l'occasion de faire une cautérisation énergique au nitrate d'argent qui augmentait les premiers huit jours les accès d'épilepsieet les fit même revenir journellement ; mais ensuite ils ne se montrèrent que tous les trois mois. Le cas concluant du docteur Löwe, deBerlin (dont nous venons de parler), confirme entièrement la supposition du docteur Hack, que « l'épilepsie réflexe pourrait avoir quelquefois sa source dans une affection nasale ou rétro-nasale ».

Du reste on a déjà signalé nne certaine relation entre l'épilepsie et l'asthme.

L'auteur termine son article par la conclusion suivante : « Il est un fait acquis (Schwalbe, Axel Rey et Retzius) qu'il existe une communication directe entre la muqueuse nasale et les espaces cérébraux remplis de liquide cérébro-spinal (espaces qui se trouvent au-dessous de la pie-mère et de l'arachnoïde). Si l'on est tenté d'admettre qu'à l'état physiologique ces voies pourraient servir à régler la pression du liquide

cérébro-spinal, il n'est pas moins plausible, que l'obstruction de ces dernières pourrait occasionner une augmentation de cette pression et par suite des souffrances guérissables par le traitement de l'affection nasale..... Il résulte de mes observations, ajoute-t-il, que des affections nasales légères, sans symptômes saillants, peuvent être accompagnés de névroses graves et dans ces cas, il n'y a guère de thérapeutique plus efficace que le traitement chirurgical. (*Berliner Klin. Wochensch.* nº 25, 1882).

L. B.

Observations de maladies du nez et du palais (*Cases of nasal and palatal disease*). — Le docteur Carl SEILER présente d'abord aux membres de la « *Philadelphia county médical society* », un cas de division congénitale de la voute palatine.

Il existait chez le même malade deux tumeurs faisant saillie au niveau de la partie postérieure du cornet inférieur de chaque côté et venant obstruer l'orifice postérieur des fosses nasales, rendant ainsi la respiration par le nez difficile. L'une des tumeurs fut enlevée avec le serre-nœud de Jarvis, l'autre était encore en place.

Le second malade est atteint d'ulcérations syphilitiques de la voûte palatine et du nez. L'auteur dit avoir traité l'affection par le raclage des rugosités de la voûte osseuse du palais et des applications d'iodoforme sur l'ulcère. Sous l'influence combinée de ce traitement local et l'administration d'iodure et de mercure à l'intérieur, le malade guérit rapidement. (*Philadelph, med. Times*, 30 Décembre, 1882).

Du spasme respiratoire et du spasme phonique de la glotte, par W. HACK. — L'auteur donne la description de quatre cas de ce genre dont deux représentent le spasme respiratoire, deux le spasme phonique. Dans chacun de ces deux groupes l'affection était due à la contraction spasmodique d'un seul muscle, l'un de deux adducteurs, le latéral et l'interne.

D'après l'auteur, cette observation aurait une importance particulière pour le spasme respiratoire ; en effet, la glotte n'étant pas complètement fermée, l'excitabilité des centres nerveux qui sont en activité, est maintenue par la quantité minime d'air qui peut encore passer mais cette dernière étant insuffisante pour fournir l'oxygène nécessaire à la vie

finirait par devenir funeste. Aussi un spasme partiel reclame-t-il des secours rapides, tels que le tubage du larynx ou la trachéotomie, tandis que le spasme respiratoire complet cessera en général spontanément. Hack est d'avis que ces sortes de spasmes sont provoqués par un effort de l'un ou l'autre des adducteurs, pendant que les autres muscles sont à peu près parésiés à la suite d'un catarrhe. Il croit pouvoir expliquer de la même manière bon nombre de cas de laryngite striduleuse. (*Wien. med. Wochenschr.* 1882, n° 25, et *Centralbl. f. med. Wissenschfaten*, n° 38, 1882.)

L. B.

Contribution à l'étude du croup des bronches; de son rapport avec le pemphygus de la muqueuse; description de cas, par Mader. — Un homme de cinquante-huit ans contracta, au printemps 1876, un rhume chronique accompagné d'une sécrétion aqueuse abondante. Le rhume était d'une tenacité extrême, le malade ne pouvait respirer par le nez. Un an après survint peu à peu une irritabilité des yeux, surtout pour la lumière artificielle, et du larmoiement. La conjonctive était tuméfiée et parsemée de petites tuméfactions arrondies de la grosseur d'un grain de chanvre. L'imperméabilité du nez ne fit qu'augmenter et, peu de temps après, on apercevait sur la muqueuse nasale quelques petites plaques rondes et l'on vit apparaître sur la peau de petites bulles de pemphygus qui guérirent rapidement, mais revinrent par intervalles. Plus tard on constata la même affection dans la cavité buccale et dans le pharynx.

Au commencement de l'année 1878, le larynx fut pris à son tour la voix devint rauque, il y eut de là dyspnée et expectoration de membranes croupales, formant des ramifications moulées sur l'arbre bronchique. Ces symptômes se renouvelèrent de temps à autre; puis, survint un symblepharon; les cornées étaient mates, ulcérées à leur surface; la vue était affaiblie. Vers la base de la langue et sur la paroi postérieure du pharynx, l'examen laryngoscopique démontra l'existence d'exsudations membraneuses, d'un blanc jaunâtre, formant des îlots et s'élevant au-dessus du niveau de la muqueuse qui ne paraît pas altérée; la ressemblance avec les membranes expectorées, dont nous venons de parler, était frappante. Une membrane épaisse de la même nature donnait

à la surface antérieure de l'épiglotte un aspect inégal et entourait les bords comme d'un bourrelet. Cet opercule était raide et presque immobile; les plaques se trouvaient sur les cartilages aryténoïdes et sur la surface postérieure de l'épiglotte. L'auteur pouvant assister à la transformation des bulles de pemphigus en plaques blanches, dans la cavité buccale et dans le pharynx, il est évident que le même processus avait lieu dans le larynx bien qu'il ne fut pas aussi facile de s'en convaincre. La maladie ne faisait qu'augmenter et le patient succomba quatre ans après le commencement de l'affection à une pneumonie hypostatique.

L'auteur essaie de prouver que non seulement le cas dont il vient de parler représente un pemphigus des bronches, mais qu'il en est de même des autres cas de bronchites pseudo-membraneuses (bronchite fibrineuse), par la simple raison que l'apparition isolée du pemphigus a été observée à plusieurs reprises, et qu'il y a même des cas où les récidives se sont faites sur les mêmes points par exemple, la cavité buccale.

Cependant, dans aucun cas de bronchite pseudo-membraneuse publié jusqu'ici, on n'avait observé de pemphigus.

A la fin de son article, l'auteur fait la communication d'un autre cas de pemphigus aigu, chez une malade qui était morte en suite de paramétrite et de périmétrite suppurée. (*Wien. medec. Wochenschr.* 1882, n° 11 à 14 et *Centr. f. med. Wissensch.*, n° 38, 1882).

L. B.

Du traitement du goitre à l'aide d'injections parenchymateuses d'arsénic, par le Docteur E. Grummach. — L'auteur a traité 100 malades atteints de goître à l'aide d'injections parenchymateuses de la solution suivante :

Liq., arséniate de soude..................	1
Eau distillée............................	3

en injectant deux à trois fois par semaine la moitié du contenu d'une seringue de Pravaz.

Après dix à 12 injections, il avait généralement obtenu une diminution de 2 à 4 centimètres dans la périphérie du cou et une amélioration notable des symptômes subjectifs.

L'auteur fait suivre ses remarques de l'exposé de quelques observations. (*Berlin. Klin. Wochenschr.* n° 32, 1882).

L. B.

Abcès froid péri-laryngien simulant un kyste médian du cou. — Observation de M. Picqué, chef de clinique du professeur Gosselin. — L'observation dont il s'agit est celle d'un malade, entré dans le service porteur d'une tuméfaction siégeant au niveau de l'échancrure supérieure du cartilage thyroïde, tuméfaction arrondie, d'apparence kystique, débordant également de tous les côtés de l'échancrure thyroïde sans arriver jusqu'à l'os hyoïde. La peau, non modifiée, glisse facilement sur elle.

A l'examen laryngoscopique, muqueuse rouge sombre sans bourgeons; au niveau du repli aryténo-épiglottique droit et à la face interne, une ulcération à bords irréguliers non décollés, à fond recouvert d'un enduit d'apparence pultacée.

Ni douleur, ni troubles respiratoires.

L'état général était celui d'un individu commençant à se tuberculiser.

Traitement : ponction exploratrice donnant issue à un liquide purulent, suivis d'une large incision; puis lavages antiseptiques et introduction de crayons d'iodoforme. Le malade sort avant la guérison locale.

Le diagnostic et le traitement de cette affection offrent de l'intérêt.

Le siège de la lésion empêche d'admettre un kyste de la bourse séreuse thyro-hyoïdienne de Boyer ou des ganglions lymphatiques de la membrane crico-tyroïdienne. M. Picqué accepte l'hypothèse d'une périchondrite tuberculeuse consécutive à une laryngite de même nature et par suite préconise, au point de vue thérapeutique, la méthode de curage si utilement employée contre les abcès froids qui eût été employée si le malade n'avait pas quitté le service. (*Gazette médicale de Paris*, n° 43, p. 537).

La trachéotomie dans la tuberculose laryngée; (*La traqueotomia en la tuberculosis laringea*). — Le docteur Ariza, auteur de l'article, s'attache à rechercher les indications de la trachéotomie dans ce cas particulier. Il se plaint, peut-être à tort, de ce que cette délicate question ait été laissée de côté par les spécialistes. Pour lui, il ne voit que dans la forme hypertrophique et végétante de la tuberculose laryngée, l'indication presqu'exclusive de l'opération. (Cette tuberculose a pour signes pathognomoniques, l'hypertrophie des aryténoïdes et les ulcérations). Encore doit-elle être toujours proposée

comme un moyen de prolonger la vie du malade. Contrairement à l'opinion de Sertkowski, Ripley, Robinson, le docteur Ariza ne la considère utile qu'à ce point de vue ; il ne l'admet pas comme moyen curatif. Encore ne faut-il pas oublier qu'elle donne parfois un coup de fouet à l'infection générale et stimule la diathèse. (*El siglo médico*, nº 1520, p. 87, 1883).

Présentation d'un cadavre d'enfant, né avant le terme, offrant une série de monstruosités rares, par le professeur Chiari. — Les anomalies les plus importantes sont l'atrésie des paupières gauches et du larynx. Il y avait occlusion complète de ce dernier organe depuis les replis ventriculaires jusqu'au niveau du cartilage cricoïde, de sorte qu'il était impossible de passer dans cet organe, même avec la sonde la plus fine.

Chiari ne se prononce pas définitivement sur ce fait, parce que l'on n'a pas encore signalé de cas analogue.

S'agit-il d'une soudure épithéliale de la cavité laryngée, analogue à ce qu'à décrit Roth. L'auteur se propose de revenir sur ce sujet, quand il en aura terminé l'examen histologique. (*Wien. medic. Presse* nº 45, 1882).

L. B.

Du diapason comme élément de diagnostic des maladies de l'oreille (*The use of the tunning fork in the diagnostic of ear diseases)*, par Oren D. Pomeroy.— Le diapason est entré dans la pratique courante comme un auxiliaire utile au diagnostic des affections profondes de l'oreille. Le docteur Pomeroy, dans son article du *Deuver medical Times*, expose les résultats que l'on obtient par ce moyen d'investigation.

Et d'abord, de quelle sorte de diapason doit-on se servir? Les variétés en usage sont considérables; la plus en vogue est celle de Politzer qui donne 512 vibrations par seconde et mesure huit pouces de longueur. Des curseurs peuvent y être adaptés pour élever les tons.

Le docteur Blake, de Boston, se sert d'un diapason auquel est adapté un marteau qu'un ressort d'acier permet d'écarter à une distance variable.

Dans la pratique, il est bon de dire que nombre de médecins auristes se passent de ces diapasons à curseur ou marteau.

Le diapason est employé pour établir le diagnostic différen-

tiel des maladies de l'oreille moyenne et du labyrinthe. On l'applique sur les dents, sur la nuque, sur les tempes, sur le vertex, sur les apophyses mastoïdes et sur le pourtour de l'oreille.

Si l'oreille est normale, le diapason placé sur les incisives médianes, sur le milieu du vertex est également bien entendu des deux côtés. Sur l'apophyse mastoïde, il est mieux entendu de l'oreille du côté correspondant. Il est moins bien perçu quand il est placé en face du méat que mis sur le crâne ou les dents.

Un fait important, découvert par Archer, vérifié par Andrews et Pomeroy, est que le conduit auditif d'un côté étant fermé, soit par le doigt, soit par la main appliquée contre le pavillon (la pression doit être modérée, car avec une pression trop grande le phénomène ne se produit pas), le diapason est mieux transmis de ce même côté.

L'explication la plus satisfaisante de ce fait est celle donnée par Politzer et Hack.

D'après eux, les ondes sonores, arrêtées dans leur passage au dehors par le conduit auditif externe, se repercutent et frappent avec plus d'intensité le nerf auditif. Une lésion de l'oreille externe ou de l'oreille moyenne, interceptant les ondes sonores produites par le diapason, donnent lieu à un résultat analogue, et l'oreille malade percevra le diapason mieux que l'oreille saine.

Lorsque le diapason est mal perçu et même ne l'est pas du tout, l'on a affaire à une lésion siégeant au de-là de l'oreille externe et de l'oreille moyenne.

En résumé, l'on peut dire que le diapason est perçu par l'intermédiaire des os : *mieux* dans les maladies de l'oreille externe et de l'oreille moyenne; *plus mal* dans celles de l'oreille interne (*Revue méd. franç. et étrang.* n° 5, 1883).

Expériences relatives aux troubles de la motilité produits par les lésions de l'appareil auditif, par M. le professeur Vulpian. — La plupart des expériences de cette nature avaient été faites jusqu'ici, à l'exemple de Flourens qui avait le premier découvert la relation des lésions de l'oreille interne avec certains troubles du mouvement, sur des oiseaux. M. Vulpian a expérimenté sur des mammifères en introduisant certains liquides dans l'oreille.

Après que l'on a versé quelques gouttes d'une solution

aqueuse de chloral hydraté à 25 grammes pour 100, voici la succession des troubles constatés. Légères irritations traduite par de l'agitation, oscillations de la tête, incertitude dans les mouvements rotations de la tête autour de l'axe du cou, la joue du côté opérée étant dirigée en bas vers le sol et l'autre joue en haut; puis l'animal tourne en roulant sur lui-même avec impétuosité. Les muscles de la face du côté opéré sont et restent seuls paralysés. Les phénomènes morbides s'affaiblissent peu à peu.

L'examen des oreilles a montré que celle du côté non opéré offrait un certain degré de congestion. Du côté opéré on a trouvé la membrane du tympan détruite, l'oreille moyenne remplie de pus, les membranes en voie de suppuration. Aucune lésion encéphalique; le nerf facial seul altéré.

La solution de chloral versée dans les deux oreilles a donné lieu à des phénomènes différents.

Au lieu de la rotation en manège autour de l'axe longitudinal c'est une tendance à renverser la tête en arrière et à marcher à reculons qui a été constatée. Paralysie de la face des deux côtés.

Ces expériences ont été faites sur des lapins. Pour M. Vulpian les phénomènes morbides précités sont dûs à la pénétration du chloral jusqu'aux canaux semi-circulaires et au limaçon et l'intensité des phénomènes moteurs reconnait pour cause l'irritation des parties profondes, notamment du vestibule et des canaux semi-circulaires (*Académie des Sciences. — Séance du 8 janvier 1883*).

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Pharynx.

ALLAN JAMIESON. — Du traitement de l'angine diphtéritique. (*Edimburgh med. Journ.*, Décembre 1882).

ANDRADAS — De l'excision des amygdales. (*El siglo med.*, 28 Janvier 1883).

FOLET. — Polype naso-pharyngien. (*Bullet. med. du Nord*, t. XXI, n° 11 et 12, p. 386).

HEYMANN. — Présentation à la Société des médecins Berlinois, d'un cas d'adhérence omplète du voile du palais a la paroi postérieure du pharynx. (*Berliner K in. Woehenschr.*, n°s 25 et 26, 1882).

LACHLAN TYLA. — Abcès rétro-pharyngien. (*The med. Rec.*, 2 Septembre 1882).

SCHALLE (de Hambourg). — Du traitement des maladies de l'oreille, du nez et du pharynx. (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, Novembre et Décembre 1882).

Nez.

Bosworth. — Des polypes du nez (*The med. Rec.*, 13 janvier 1883).

Carl Seiler. — Des mauvais effets de la douche nasale (*Philadelphia med. Times*, 26 août 1882).

Creswell Baber. — Observations de polypes du nez faisant saillie dans la cavité naso-pharyngienne. (*The Lanc t*, 27 janvier 1883).

Gottstein. — Du tamponnement sec temporaire du nez et le professeur Wolkmann (réclamation de priorité). (*Berlin Klin. Wochensch.*, n° 36. 1882).

Peltier. — Polype fibro-muqueux de l'arrière cavité des fosses nasales. (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, septembre 1882).

Larynx.

Amory (de Blois). — Une nouvelle pince laryngienne (*Philadelph. med. Times*, 9 Septembre 1882).

Cronin. — De la production de la voix (*The med. Rec.*, 19 Août 1882).

Gouguenhenin. — Hypéresthésie et spasme du larynx (*Progr. med.*, 10 Février 1883).

Green. — Gangrène de la gorge (*The Saint-Louis, med. surg. and journ.*, Juillet 1882).

Kaumeder. — Sur le mécanisme des lésions du larynx et de l'os hyoïde produites par la strangulation (*Wien. med. Blatter.*, 1882, nos 24 et 25 et *Centrabl. f. die med. Wissensch.*, n° 46, 1882).

Krishaber. — La glotte au point de vue des troubles respiratoires survenus chez l'adulte (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, septembre, 1882).

Martel. — Paralysie de l'ary-aryténoïdien (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*,) novembre 1882).

Krishaber. — Note additionnelle sur la laryngotomie inter-crico thyroïdienne (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*,) novembre 1882).

Martel. — Observation d'aphonie simulée (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, décembre 1882).

Sota y Lastra. — Extirpation du larynx (*Annales de Otol. y Laryngol.*,) Madrid, n° 2, 1883).

Oreilles

Abbott (George). — Une nouvelle pince à oreille (*The Lancet*, 26 Août 1882).

Beverley Robinson. — Surdi-mutité avec rétraction de la partie supérieure et inférieure du pharynx, probablement à la suite de syphilis congénitale. (*The med Rec.* 6 janv. 1883).

Boettcher. — Cotugno, l'acqueduc du vestibule, et de quelques auteurs qui ont étudié la paroi du labyrinthe. (*Arch. f. Ohrenh*, 5 décembre 1882).

Boudet de Paris. — Détermination de la sensibilité auditive. (*Ann. des mal. de l'oreille et du lar.* Décembre 1882).

Brandeis (Richard). — Deux cas de bourdonnements d'oreille occasionnés par un trouble dans la circulation des vaisseaux du cou (*Zeitsch f. Ohrenh.*, 30 août 1882).

Brandeis (Richard). — Otite moyenne catarrhale, bruit subjectifs d'origine nerveuse contraction spasmodique des muscles des trompes. (*Zeitsch. f. Ohrenh*, 25 octobre 1882).

Burckner. — Des progrès de la thérapeutique auriculaire dans les dix dernières années, 1870 à 1879 (*Arch. f. Ohrenh*, 13 juillet 1882).

Burckner. — Suite a mon essai sur l'application du régulateur du calori-

que de Leiter dans le traitement des maladies de l'oreille. (*Arch. f. Ohrenh*, 13 juillet 1882).

DUBRANLE. — Suppléance de l'ouïe chez les sourds par la lecture sur les lèvres (*Trib. med.* 11 février 1883).

EMMUNDS. — Un cas de maladie de l'oreille avec abcès du cerveau, trépanation (*Brit. med. journ.* 17 février 1883).

JACOB. — Abcès du cerveau à la suite de maladie de l'oreille (*Brit. med. journ.* 3 février 1883).

JACOBSON. — Rapport sur les malades traités ou examinés du 1er novembre 1877 jusqu'au 1er avril 1881, à la policlinique Otiatrique du professeur Lucœ (*Arch. f. Ohrenh.*, 13 Juillet 1882).

KIESSELBACH — Essai de prothèse d'un conduit auditif dans un cas de déformation co génitale des deux pavillons avec avec absence de conduits (*Arch. f. Ohrenh.*, 5 Décembre 1882).

KIRK-DUCANSON. — Examen des sourds-muets (*Edimburgh med. Journ.*, Novembre et Décembre 1882).

LUCŒ. — Des appareils de désinfection dans l'application de la douche d'air (*Arch. f. Ohrenh.*, 5 Décembre 1882).

LUCŒ. — Rapport sur la section des maladies de l'oreille au Congrès international de Londres en 1881. (*Arch. f. Ohrenh*, 13 juillet 1882).

URBANTSCHITSCH. — Un cas d'anesthésie des fibres périphériques de la corde du tympan avec altération du goût et la sensibilité, occasionnés par l'excitation du noyau d'origine de la corde du tympan (*Arch. f. Ohrenh.*, 5 décembre 1882).

POLLAK. — Traitement de l'otorrhée (*Philadelphia med. Times*, 9 septembre 1882).

WAGENHAÜSER. — Contribution à l'étude anatomique du temporal chez l'enfant. (*Arch. f. Ohrenh.*, 5 Décembre 1882).

WAGENHAÜSER. — Rapport sur la policlinique universitaire des maladies d'oreilles en 1880-81. (*Arch. of. Ohrenh.*, 13 Juillet 1882).

Varia.

ADJUTOR RATTEL. — Note d'histoire et de bibliographie. (*Ann. des mal. de l'oreille et du lar.* Novembre 1882).

BORET. — Observation d'extirpation de goîtres faites depuis l'année 1877. (*Correspd. f. Schweit. Aers.* n° 13, 1882).

BRUCE (Robert). — Corps étrangers des voies aériennes. (*The Lancet*, 17 Février, 1883).

BUSCH. — De l'œsophagite chez les enfants. (*The méd. Rec.*, 13 Janvier 1883).

GOMEZ-GARAN. — Corps étrangers de l'oreille. (*Annales de Otol. y laring.* Madrid n° 2, 1883).

KISHABER. — Du cancer du corps thyroïde. (*Ann. des mal. de l'or. et du lar*, Novembre 1883.)

LUCÆ. — De l'hémorrhagie et de l'inflammation hémorrhagique du labyrinthe de l'oreille chez l'enfant. (*Centrabl. f. die med. Wiss.*, n° 46, 1836 et *Vischow's Arch.* LXXXVIII p. 556).

REISMANN — Un cas d'hypéresthésie cérébrale chronique, de contracture, de paralysie, d'aphasie et amblyopie, survenus douze ans après une blessure du crâne. (*Berlin., Klin. Wochensch.*, n° 28, 188 .)

WILLIAMS. — Toux par irritation réflexe (*Saint-Louis med. et Surg. journ.* Juillet 1882, p. 56.)

Le propriétaire-gérant, Dr E. J. MOURE.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER, rue Cabirol, 1

4e Année. No 4. 1er Avril 1883

REVUE MENSUELLE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

SOMMAIRE. — **Travaux originaux** : Otite moyenne aiguë, paralysie faciale concomittante, guérison, par le Dr E. J. Moure. — **Clinique du Dr E. J. Moure** : Contribution à l'étude de la paralysie isolée du muscle ary-aryténoïdien, par le Dr J. Lauga.—**Revue Bibliographique** : Epithélioma primitif de l'amygdale, par le Dr Bryson Delavan.— Carcinome de l'œsophage chez un goitreux. Paralysie incomplète des dilatateurs de la glotte ; trachéotomie; hémorragie retro-trachéale ; asphyxie ; mort. — **Revue de la Presse.— Index Bibliographique** : Pharynx, Nez, Larynx, Oreilles, Varia.

TRAVAUX ORIGINAUX

Otite moyenne aiguë, paralysie faciale concomittante, guérison.

Par le Dr E. J. Moure.

Si l'on se rapelle la position du nerf facial dans l'aqueduc de Fallope, le long de la paroi postero-supérieure de la caisse du tympan, si l'on songe que bien souvent la paroi osseuse interne de ce conduit est incomplète (1), et que la muqueuse du tympan se trouve alors en communication directe avec la surface externe de ce nerf, l'on ne saurait s'étonner de voir les inflammations de la caisse produire une paralysie plus ou moins complète des muscles de la face. D'autre part, comme le fait observer le Dr Trœltsch (2), avec juste raison, l'artère stylo-

(1) Le canal de Fallope, dit Urbantschitsch (*Traité des maladies de l'oreille*, traduit par R. Calmettes, Paris, 1881) présente une ouverture au-dessus de la fenêtre, ovale dans sa position horizontale ouverture constante chez le nouveau-né et assez fréquente chez l'adulte.

(2) *Traité pratique des Maladies de l'oreille*, travail par Kuhn et Lévi, Paris, 1870 p. 171.

mastoïdienne qui nourrit une grande partie de la muqueuse de l'oreille moyenne parcourt le canal de Fallope avec le facial et fournit quelques rameaux à son névrilème. De telle sorte que ces deux organes ont en quelque sorte une nutrition commune. L'on sait en effet depuis longtemps, qu'il n'est point rare de voir se produire au cours d'un écoulement chronique de l'oreille, une paralysie faciale, et Triquet en 1857 (1) s'était déjà longuement étendu sur cette complication en énonçant de la manière suivante les principales causes susceptibles de produire cette hémiplegie :

« 1° Cette paralysie faciale est due à ce que la suppuration, après avoir désorganisé les parties profondes de l'oreille, arrive jusque dans le canal de Fallope et vient baigner le nerf facial qui le traverse. Ce nerf se trouve alors atteint de phlegmasie sans pouvoir transmettre l'influx nerveux aux muscles qu'il doit animer. »

« 2° Mais le plus souvent, la suppuration de l'oreille ne va pas pas jusqu'au nerf facial lui-même. Elle s'arrête à une certaine distance du canal de Fallope, mais elle amène dans les lamelles osseuses qui forment les parois de ce canal une ostéite dont la conséquence est l'hypertrophie de ces lamelles, la diminution de calibre du canal dans lequel est contenu le nerf facial et partant la compression de ce nerf. »

En 1863 (2) le même auteur rapportait les détail d'une observation dans laquelle l'examen anatomique du sujet qui avait succombé aux suites d'une tuberculose pulmonaire intercurrente, avait permis de vérifier d'une manière positive cette dernière cause de paralysie faciale, et enfin en 1868 (3), il insistait sur les troubles qui peuvent survenir dans les muscles de la face non seulement quand il y a carie de l'os, [illegible] la muqueuse de la caisse seule est [illegible] comme dans l'otite et l'otorrhée [illegible] (4). C'est surtout chez les [illegible] scrofuleux, atteints de granu[illegible] de la caisse, que

(1) Traité pratique [illegible] de l'oreille. Paris 1857.
(2) Triquet, Leçons cliniques sur les maladies de l'oreille. Paris 1863 p. 223.
(3) Triquet, Leçons cliniques sur les maladies de l'oreille. T. II. p. 338.
(4) Loc. cit., T. II, p. [illegible]

l'hémiplégie se rencontre, le plus souvent et pour confirmer ce dernier fait, il rapporte deux observations de ce genre concernant l'une une petite fille de neuf ans et l'autre une dame de vingt-cinq ans.

Triquet signale donc l'otite aïgue comme susceptible de produire la paralysie faciale, mais cependant il n'en publie aucune observation.

Wilde, de Dublin, dit avoir observé très fréquemment chez des sourds une déviation d'un angle de la bouche et un développement inégal des deux sillons naso-labiaux, chaque fois que la physionomie des malades prenait une expression plus animée. Il est certain, ajoute de Trœltsch qui rapporte l'opinion précédente (*Loc. cit.* p. 171), que dans les inflammations de la caisse, le facial est lui-même souvent affecté, et une grande partie des prétendues paralysies rhumatismales de la face est liée, si on y regarde attentivement, à une affection de l'oreille, ou en est même le résultat immédiat.

Miot (1) se borne à rappeler que l'hémiplégie faciale peut dépendre d'une congestion (Schvartze), d'une compression, d'une atrophie ou d'une destruction du facial, sans publier à ce sujet aucune observation.

Toynbee (2) au contraire non-seulement signale la possibilité d'une telle lésion au cours d'une otite moyenne aiguë, mais il publie même deux faits qu'il est peut-être utile de rappeler ici à cause des indications thérapeutiques qui pourront en découler comme nous le dirons par la suite.

OBSERVATION I.

Inflammation aiguë de la muqueuse et du tympan: ulcération de la M. T. paralysie du nerf facial. Guérison.

E. J..., vingt-trois ans, est admis dans mon service au dispensaire de Saint-George et Saint-James, le 28 février 1843.

Historique. — Il raconte que trois mois auparavant il a été saisi tout à coup d'une violente attaque d'otalgie du côté droit, rayonnant dans le côté correspondant de la tête.

(1) *Traité prat. des mal. de l'oreille,* Paris, 1871. p. 398.
(2) Maladies de l'oreille, Paris 1874, p. 245.

La douleur durait depuis vingt-quatre heures, lorsqu'il sentit quelque chose se crever dans l'oreille, aussitôt apparition d'un écoulement abondant et d'odeur repoussante.

Pendant cette attaque d'otalgie, le malade éprouva beaucoup vertiges, eut une paralysie faciale du côté droit; il ne pouvait fermer l'œil droit et la bouche était tirée à gauche.

A l'examen, on voit une perforation de la M. T. droite; la muqueuse tympanique est rouge, épaissie et secrète un produit muqueux. On applique un vésicatoire derrière l'oreille; amélioration; la douleur ne revient que le 11 mars; elle apparaît alors brusquement et avec une grande violence, accompagnée de bourdonnements et de sensations de pompements (pumping) et de battements dans l'oreille. Ces symptômes s'aggravaient beaucoup dans les secousses de la toux. Écoulement abondant; membrane muqueuse tympanique très rouge; sangsues au-dessous de l'oreille; injections fréquentes du conduit auditif, à l'eau chaude; après l'apaisement de la douleur, vésicatoire derrière le pavillon; Calomel et Opium jusqu'à concurrence de production de sensibilité aux gencives. Les symptômes cèdent graduellement.

11 avril. Mieux; peu de souffrance.

16 avril. Écoulement beaucoup diminué, orifice de la M. T. plus étroit; bourdonnements beaucoup moins forts. Ne peut encore fermer l'œil droit ni se servir de la bouche librement, mais l'innervation des muscles de la face est certainement plus facile.

Frictions avec la pommade émétisée derrière l'oreille. A partir de ce moment, le malade s'améliore graduellement et, le 3 juillet, le facial a recouvré ses facultés; l'écoulement a beaucoup diminué.

Le cas suivant, du même genre, s'est présenté chez un enfant.

Observation II.

Inflammation aiguë de la muqueuse du tympan du côté droit; violente céphalalgie; paralysie temporaire du nerf facial.

Master S..., cinq ans, pâle et faible, m'est amené le 10 février 1850.

Historique. — Il y a trois mois, on lui a tiré l'oreille droite avec une certaine violence.

Il y a quatorze jours, douleur profonde dans cette oreille, suivie, au bout de deux jours, d'un écoulement et d'une amélioration de l'otalgie. Tout récemment il a tellement souffert du côté droit de la tête qu'il la pressait constamment avec la main; le côté correspondant de la face est resté paralysé pendant une semaine; mais il n'y paraît plus. Aujourd'hui il se plaint de nouveau de douleur d'oreille.

L'examen montre dans l'oreille droite la surface du méat rouge et tuméfiée, dépouillée d'épiderme et recouverte d'un produit de sécrétion blanc et épais; la M. T.., dans le même état, *bombait en dehors* : sangsues au-dessous de l'oreille, fomentations chaudes; à l'intérieur, médicaments toniques; les douleurs d'oreille et la céphalalgie cèdent rapidement, et l'enfant est envoyé au bord de la mer. Le 7 mars, environ un mois après ma première consultation, je trouvai un petit orifice à la partie inférieure de la M. T.., à travers lequel s'échappait le produit de l'écoulement.

Malheureusement les deux observations précédentes, et surtout la dernière sont évidemment un peu écourtées car l'auteur ne nous dit point de quelle manière s'était établi la paralysie ; mais néanmoins ces deux faits et surtout le dernier n'en contiennent pas moins un enseignement assez précieux ainsi que nous le démontrerons plus loin. L'observation suivante viendra prouver une fois de plus que l'on peut observer des hémiplégies faciales dans le cours et même presque tout à fait au début d'une otite moyenne aiguë :

Observation III (Personnelle, inédite).

Otite moyenne aiguë chez un enfant de six ans et demi, paralysie faciale concommittante. Guérison.

Le 20 octobre 1882, Madame X.., vint me présenter à la clinique sa petite fille âgée de six ans et demi qui était atteinte d'un écoulement purulent de l'oreille gauche et d'une hémiplégie faciale de ce côté.

La mère me raconte que le 7 octobre, c'est-à-dire 13 jours auparavant, son enfant avait commencé à se plaindre de douleurs dans l'oreille; quatre ou cinq jours après les douleurs étaient devenues plus vives, elles étaient lancinantes et ac-

compagnées de battements dans tout le côté de la tête, mais à cette époque il n'existait aucune altération des traits de la face. Pendant la nuit du cinquième jour les douleurs devinrent plus vives, l'oreille se mit à couler et *dès le lendemain matin*, la mère constatait tous les signes de la paralysie faciale du côté gauche. Impossibilité de fermer les paupières, larmoiement, chute de l'aile du nez, affaissement des traits du côté paralysé, déviation de la bouche, impossibilité de souffler, en un mot tous les signes d'une paralysie faciale des plus complètes.

Un médecin consulté tout d'abord essaya l'emploi de l'électricité pendant quelques jours, mais comme *les muscles ne se contractaient point sous l'influence du courant électrique*, on porta un pronostic défavorable sur la possibilité de retour de l'innervation faciale et l'on conseilla à la mère de faire traiter l'écoulement de l'oreille de son enfant et me mener la malade.

Lors du premier examen je constatais également la présence de la paralysie faciale; et l'existence d'un écoulement de pus jaunâtre assez abondant, mais non fétide, du côté de l'oreille gauche. La douleur avait presque complètement disparu depuis l'apparition de l'écoulement. Néanmoins la traction du pavillon en arrière, la pression, même légère, au niveau du méat étaient un peu douloureuse. Après avoir nettoyé l'oreille à l'aide d'une injection d'eau tiède je trouvais une légère tuméfaction des parois du conduit auditif et surtout un tympan rouge épaissi et offrant au niveau de sa partie antéro-inférieure, une petite perforation irrégulière, par laquelle on voyait sourdre un peu de pus.

Ne doutant pas un seul instant que la cause de la paralysie fut dans l'oreille, je conseillais l'application d'un vésicatoire au niveau de l'apophyse mastoïde, et des injections d'eau tiède légèrement alcoolisée. Je fis une insufflation par le procédé de Politzer, insufflation néanmoins bien incomplète à cause de l'indocilité de la malade, je conseillais également l'emploi d'instillations au sous-acétate de plomb, en recommandant à la mère de cesser ces dernières si l'oreille redevenait douloureuse, de plus l'on fit chaque jour des séances d'électrisation au niveau des muscles paralysés. Cinq jours plus tard l'écoulement de l'oreille était tari, la perforation cicatrisée ; le tympan avait un aspect un peu terne, mais il

n'existait plus de traces de congestion, la paralysie restait toujours la même.

La malade étant devenue un peu plus docile, je fis alors de nouvelles insufflations dans la caisse, toujours par le procédé de Politzer, la trompe était, du reste, parfaitement libre. Puis je conseillai l'emploi d'un nouveau révulsif mastoïdien dès que la plaie du premier serait suffisamment cicatrisée et recommandai à la mère d'insister sur l'électrisation, ayant le ferme espoir que nous pourrions arriver à un résultat favorable.

En effet, dans la première quinzaine de décembre, l'écoulement des larmes sur les joues commença à diminuer et, le 27 du même mois, l'enfant put commencer à fermer un peu l'œil du côté paralysé, depuis cette époque l'amélioration fit de rapides progrès et, au mois de janvier, non seulement elle fermait complètement ses paupières, mais elle pouvait même siffler et exécuter diverses grimaces avec les muscles autrefois paralysés. Le 16 février, je présentaià mes collègues de la Société de médecine la jeune enfant complètement guérie de sa paralysie.

L'audition à la montre, nulle au début du traitement, est aujourd'hui de 8 à 10 centimètres, c'est-à-dire assez notablement améliorée.

La perception cranienne est bonne (1).

Réflexions. — Je ne m'arrêterai évidemment pas à discuter la cause de cette paralysie faciale qui était évidemment liée à l'affection de l'oreille; quant à la pathogénie de l'affection, je crois que si l'hypérémie a joué un grand rôle dans la production de la lésion, c'est le gonflement de la muqueuse et surtout l'accumulation de matière purulente dans la caisse qui ont déterminé la compression du facial et la paralysie qui en a été la conséquence. Le mode et le moment de l'apparition de l'hémiplégie, alors que la cavité de la caisse était complètement remplie d'exudat, que le tympan fortement tendu et sur le point de se rompre opposait une dernière barrière à l'écoule-

(1) Je n'ai point donné de détails sur l'examen fonctionnel de l'oreille à l'aide du diapason car l'enfant, très effrayée, ne donnait aucun renseignement exact à ce sujet et se soumettait, du reste, très mal à cet examen.

ment du pus au dehors, me semblent autant des raisons suffisantes pour faire admettre cette manière de voir.

Il est évident que la cause, que j'appellerai mécanique, n'était pas seule en jeu, car la pression sur le facial n'eût pas été, je crois, ni assez forte ni assez persistante pour produire une paralysie faciale d'aussi longue durée et il est à peu près certain que cette dernière a été entretenue par la tuméfaction et l'hypérémie assez intense de la muqueuse de la caisse.

Au point de vue du pronostic, le mode d'aparition brusque de la paralysie, l'existence d'une otite purulente aiguë, la date récente du début de la maladie, enfin son existence chez un enfant étaient évidemment des raisons suffisantes pour permettre de porter un pronostic favorable.

Comme traitement en dehors de la médication locale dirigée contre l'écoulement de l'oreille, j'ai conseillé comme il est d'usage, l'emploi de révulsifs mastoïdiens dans le but de modérer l'hypérémie de la caisse et pour faire diminuer le gonflement de toutes les parties tuméfiées de l'oreille moyenne. En outre, la malade a fait des séances quotidiennes d'électrisation au niveau des muscles paralysés.

L'hémiplégie faciale étant établie, il est évident que le praticien se trouve réduit à faire un traitement purement symptomatique. Cependant, étant donné la cause de la paralysie, au moment où les douleurs deviennent vives, alors que le tympan commence à bomber au dehors (*voir obs. II*), en un mot, lorsque le pus commence à s'accumuler dans la caisse, il me semble qu'il serait préférable de faire la perforation du tympan (myringodectomie). Cette opération aurait l'avantage de calmer les douleurs en ouvrant une voie au pus, et permettrait très probablement d'éviter non-seulement la paralysie faciale, mais d'autres complications bien plus redoutables et qui sont, trop souvent encore, la conséquence des otites purulentes.

Dr E. J. MOURE.

CLINIQUE DU Dr E. J. MOURE

Contribution à l'étude de la paralysie isolée du muscle ary-aryténoïdien.

Par le Dr J. Lauga
Aide de la Clinique laryngoscopique et otoscopique.

C'est depuis quelques années seulement que, grâce au laryngoscope, les paralysies isolées des muscles du larynx ont pu être observées et décrites avec précision. La paralysie de l'ary-aryténoïdien en particulier, à laquelle certains auteurs ne consacrent qu'une attention restreinte et que d'autres ne font même que citer comme possible, prend en ce moment dans la pathologie de l'organe vocal la place que sa fréquence lui assigne.

Les observations qui en ont été publiées jusqu'à ce jour sont au nombre de quatorze. Plus de la moitié ont été publiées durant ces trois dernières années.

La première fut signalée par Turck, en 1866 (1) et cet auteur reproduisit même dans son ouvrage l'image laryngoscopique de la lésion dont il rapportait l'observation et nous avons nous-mêmes exposé cette dernière à la fin de cet article.

E. Martel, dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, en 1872, en rapporte une observation empruntée au Docteur E. N. Duranty. La même année Mandl, dans son Traité des maladies du larynx, cite cette affection et lui attribue un symptôme qu'il est seul à noter, celui de la perte du registre vocal supérieur. En 1876, Tissot, dans sa thèse, écrit : « On pourra croire à la paralysie isolée de l'ary-aryténoïdien lorsque les cordes vocales ne fermeront pas la glotte inter-cartilagineuse ». Poyet, l'année suivante, dans son travail inaugural aussi, mentionne la paralysie isolée du muscle ary- aryténoïdien et en rapporte une observation recueillie à la clinique du docteur Fauvel. Ziemssen, cité par E. et J. Bœkel (1879) dans l'article " Larynx " du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, publie une observation de

(1) *Klinik der Krankeiten der Kehlk.* p. 451.

paralysie incomplète de l'aryténoïdien transverse due à une affection hystérique et caractérisée par une juxtaposition incomplète des cartilages aryténoïdes pendant la phonation. Morell- Mackensie, dans son *Traité théorique des maladies du larynx, du pharynx et de la trachée* (1), est bref sur ce sujet, se bornant à constater que l'ary-aryténoïdien est quelquefois seul affecté. La figure explicative qu'il joint à une observation de cette paralysie isolée est la même que celle de Turck et a été du reste reproduite dans tous les ouvrages spéciaux.

En 1881, le docteur Ducau, publiait également dans cette Revue un cas très net et minutieusement décrit qu'il faisait suivre de quelques remarques.

L'an dernier enfin, le docteur Lecointre prenait pour objet de sa thèse inaugurable la *Paralysie isolée du muscle ary-aryténoïdien.*

Dans cette thèse, à laquelle nous empruntons en partie notre historique et à laquelle a été consacrée une courte analyse dans le dernier numéro de cette même Revue, l'auteur rapporte quatre observations personnelles prises sur des malades de la clinique de M. le docteur Moure. Deux d'entre elles ont ceci de remarquable qu'elles ont trait à des paralysies ary-aryténoïdiennes survenues chez des enfants. Il n'existait jusqu'ici dans la science qu'un seul fait de ce genre. Le travail du docteur Lecointre contient en outre deux observations inédites empruntées à la clinique du professeur Semon, de Londres, qui a bien voulu s'en départir en sa faveur. Elles sont toutes deux particulièrement intéressantes; l'une parce que la paralysie de l'aryténoïdien avait été précédée de celle des adducteurs; l'autre parce qu'elle est la première rencontrée chez un homme.

Toutes les observations publiées jusque là avaient été constatées chez des femmes; néanmoins, M. le Dr Martel dans le numéro de novembre 1882 des *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, en cite une deuxième observée chez un soldat du service de M. Léon Colin, au Val-de-Grâce, chez lequel l'examen laryngoscopique ne laissa pas de doute sur l'existence d'une paralysie isolée de l'ary-aryténoïdien.

(1) Traduit par les docteurs E. J. Moure et F. Bertier.

L'anatomie et la physiologie du muscle aryténoïdien ne nous arrêtera pas longtemps. Peut-être même l'eussions-nous passé complètement sous silence, si une critique adressée à M. le docteur Lecointre, dans le dernier numéro des *Archives de laryngologie* (janvier 1883) (1), ne nous avait engagé à faire quelques recherches sur cette partie du sujet que nous traitons aujourd'hui. Il nous suffira de dire que ce muscle est le seul situé sur la ligne médiane, s'étendant transversalement d'un cartilage aryténoïde à l'autre, d'où le nom de muscle transverse que lui donnent quelques auteurs. Il est parfaitement démontré qu'il a pour fonctions de faire basculer ces cartilages et de rapprocher leurs faces internes pendant la phonation. C'est lui qui amenant la partie postérieure des cordes vocales en contact, réduit la glotte interaryténoïdienne à l'état de fente. Qu'il soit paralysé, la respiration demeurera normale mais la voix sera altérée. L'artère qui nourrit le muscle aryténoïdien est la laryngée postérieure, branche de la laryngée supérieure. Il est innervé par le nerf laryngé inférieur ou récurrent, le laryngé supérieur étant en effet spécialement réservé à donner la sensibilité à la muqueuse du larynx, comme le fait observer avec raison, l'auteur de l'article publié dans les Archives Américaines (*Arch. of. laryngol.*).

Toutefois, contrairement à ce dernier, nous appellerons *glotte*, l'espace compris entre les deux cordes vocales inféreures (2) et *lèvres de la glotte* le liseré interne des deux cordes vocales qui limitent en dehors cet orifice.

Car nous pensons qu'il est nécessaire, pour être précis, de conserver le nom de glotte à l'espace virtuel formé par l'écartement des cordes vocales; c'est du moins ce que font les auteurs Français, et M. Lecointre a suivi leur exemple.

Etiologie. — A quelles causes faut-il rapporter la paralysie isolée du muscle aryténoïdien? Comme conditions

(1) *Archiv. of Laryngology*, New-York, n° 1, 1883.

(2) Nous avons cru devoir préciser cette dernière dénomination, pour répondre à la critique adressée à la thèse du docteur Lecointre (*Arch. of laryng.*), qui lui reprochait de désigner sous le nom de glotte, la fente glottique et de créer ainsi une confusion capable d'induire en erreur les lecteurs inexpérimentés.

prédisposantes, nous citerons l'âge, le sexe et les antécédents. Cette affection survient généralement chez les adultes. Trois observations, seulement, ont été signalées chez les enfants. Les femmes en sont plus particulièrement affectées. Nous avons vu que deux cas en avaient été notés chez des hommes. La scrofule, la tuberculose et la syphilis peuvent être admises comme préparant le terrain qui sera envahi par la paralysie. Les antécédents héréditaires jouent un rôle très secondaire dans sa production.

Quant aux causes directement efficiantes, l'hystérie et la laryngite catarrhale sont presque exclusives. La première de ces causes est manifeste, la seconde ressort de la statistique des malades observés par M. le professeur Schrötter, de Vienne, pendant les cinq dernières années de sa pratique. (cité par Lecointre). Ces causes ne sont pas les seules admises par les auteurs. Solis Cohen croit que la paralysie isolée de l'aryténoïdien propre est plus fréquente à la suite de catarrhes aigus. Néanmoins, Poyet, G. Lefferts, Morell-Mackensie, Semon, Ziemssen, et Moure, sont d'accord pour attribuer à l'hystérie un rôle prédominant dans sa production.

Comment agit l'hystérie pour amener cette paralysie? Le problème est difficile à résoudre. Brodie, Römberg, Hasse, Winslow et Frank, ne croient pas à une lésion centrale, mais admettent un défaut d'impulsion motrice. Il s'agirait d'une « névrolysie cérébrale » suivant l'expression du professeur Jaccoud.

Dans les cas de paralysie dues à l'influence catarrhale, la lésion s'explique naturellement par une dégénérescence du muscle enflammé ou par la présence même de l'inflammation de la muqueuse qui recouvre le muscle.

Symptomatologie. — Les symptômes de la paralysie ont une valeur variable et il ne faut pas oublier que les signes physiques, fournis par le laryngoscope, permettront seuls d'affirmer le diagnostic.

Les symptômes généraux seront ceux de l'hystérie, si l'hystérie est en cause : du catarrhe si celui-ci est l'élément pathogénique.

En tête des symptômes fonctionnels se place l'altération de la voix. L'aphonie peut être subite, ou ne survenir qu'après des intermittences de retour et de dispa-

rition. *L'aphonie absolue est de règle dans la paralysie complète.* Si la voix est simplement rauque, enrouée, voilée, le muscle n'est que parésié.

La toux suit les altérations de la voix, s'il y a de la laryngite. Il y a même ceci de remarquable, en cette occasion, que la voix et surtout la toux prennent parfois le timbre croupal. Ce qui permet peut-être d'expliquer ce timbre spécial de la toux dans la laryngite catarrhale simple par l'existence d'une paralysie plus ou moins complète du muscle aryténoïdien qui le plus souvent passe inaperçue surtout chez les enfants. La douleur fait le plus souvent défaut et le malade n'accuse que des picotements ou de la sécheresse à la gorge, symptômes de pharyngite concomittante.

La respiration est normale d'habitude. Dans les cas graves, les malades, au dire de Elsberg (Des paralysies des muscles du larynx, *New-York*, 1882) (1), sont facilement hors d'haleine par suite « du coulage de l'air » *leakage of air*.

Les symptômes par excellence sont les symptômes laryngoscopiques. Il suffit d'avoir présente à la mémoire la physiologie du muscle ary-aryténoïdien pour porter, de visu, un diagnostic scientifique. Ce muscle, avons-nous dit, a pour but de mettre en contact les faces internes des cartilages aryténoïdes et, par suite, de fermer exactement la glotte. Que la paralysie se produise, et l'affrontement n'aura pas lieu. C'est, en effet, ce que montre le laryngoscope et ce qui constitue le symptôme caractéristique. Qu'on fasse faire au malade des efforts de phonation, et l'on voit les cordes vocales venir se mettre exactement en contact dans leurs trois quarts ou deux tiers antérieurs, tandis que le quart ou le tiers postérieur demeure béant, formant un triangle dont la base est la région inter-aryténoïdienne et le sommet la réunion des deux tiers ou des trois quarts antérieurs avec le tiers ou le quart postérieur des cordes vocales. Cet orifice béant permet à l'air de s'échapper sans faire vibrer lès cordes vocales, d'où aphonie.

(1) Cet intéressant article du Prof. Elsberg a été publiée in-extenso dans le numéro de décembre 1882, n° 12 de la Revue.

Cette image du larynx dans la paralysie du muscle aryténoïdien a été décrite par tous ceux qui se sont occupés de cette paralysie; tous aussi ont reproduit la figure donnée d'abord par Turck, puis par Zimssen et Mackensie, figure que nous considérons comme incomplète, en ce qu'elle ne rend compte que théoriquement de la paralysie ary-aryténoïdienne, de la position que devraient avoir les cordes vocales dans les cas de ce genre mais elle ne reproduit point l'image laryngienne vraie telle qu'on l'observe sur le malade. En un mot, la figure classique est un schéma de la paralysie ary-aryténoïdienne, et non une image clinique.

En effet, outre l'écartement des cordes vocales dans leur quart ou leur tiers postérieur, il se produit une modification dans la position des bandes ventriculaires qui se contractent fortement pour compenser l'action du muscle paralysé et se portent vers la ligne médiane, recouvrant en grande partie les rubans vocaux qu'on n'aperçoit guère qu'à l'état d'un liseré blanc. L'épiglotte reste en général fortement abaissée pendant la phonation et empêche souvent de voir tout l'intérieur du larynx et surtout l'insertion antérieure des rubans vocaux sur le cartilage thyroïde (*Voir fig.*).

La muqueuse des cartilages aryténoïdes elle-même semble tuméfiée par suite de la contraction exagérée des muscles constricteurs accessoires. La figure ci-jointe,

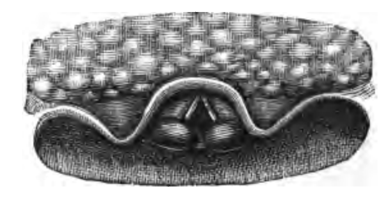


Image du larynx dans les cas de paralysie isolée et complète du muscle ary-aryténoïdien.

déjà publiée par le docteur Lecointre dans son travail inaugural et qui lui a été communiquée par le docteur Moure, nous paraît représenter plus exactement cet état que nous avons eu nous-même l'occasion d'observer tout récemment.

Nous en aurons fini avec les symptômes laryngoscopiques en disant que la muqueuse est normale dans la paralysie d'origine hystérique, plus ou moins congestionnée dans celle ayant pour point de départ le catarrhe. Il en est de même pour les cordes vocales.

Marche. Pronostic. — La marche de l'affection qui nous occupe et sa durée sont subordonnées à la cause qui l'a produite. Dans l'hystérie, elle varie avec ce singulier état pathologique lui-même, la guérison se produisant parfois brusquement et naturellement comme nous le montre l'histoire de la malade dont nous avons noté l'observation. Dans le catarrhe aigu ou chronique, elle disparait généralement avec cette maladie. Mais il ne faut pas oublier que la perte définitive de la voix peut en être la conséquence si la maladie est le résultat d'une altération musculaire. Le pronostic est bénin, on le conçoit, sauf dans ce dernier cas.

Traitement.— Le traitement général (bromure de potassium, douches dans l'hystérie, inhalation chaudes, stimulantes dans la laryngite catarrhale), ne peut être considéré que comme un adjuvant au traitement vraiment efficace, c'est-à-dire local. Le muscle est paralysé, il faut lui rendre sa contractibilité, et pour cela, l'on devra s'adresser à l'électricité.

L'électrisation externe, les pôles appliquées de chaque côté du cou, sur le trajet des recurrents, est rarement suffisante.

Le traitement réellement efficace, comme en font foi la plupart des observations publiées par les différents auteurs et celles mêmes prises par nous à la Clinique du Dr Moure, est l'électrisation directe, la faradisme intralaryngé.

Appliquée la première fois par Duchêne de Boulogne, puis par Mackensie, on la pratique de deux façons. On peut porter un réophore dans le larynx, le patient tenant le second dans sa main ou bien ce second réophore étant mis en communication avec un collier métallique entourant le cou au niveau du cartilage thyroïde. Le second procédé consiste à porter les deux réophores dans le larynx en se servant de l'excitateur double qui permet de faire passer le courant seulement quand le métal est

en contact avec le point qu'on veut électriser. Une simple pression du doigt de l'opérateur sur le bouton de métal ou d'ivoire qui se trouve sur le manche suffit pour faire passer le courant.

Que l'on ait recours à l'un ou l'autre procédé, le réophore doit être maintenu deux ou trois secondes dans le larynx. On renouvellera l'opération trois ou quatre fois par séance.

La gymnastique vocale de Bruns (1), le massage laryngé préconisé par le docteur H. K. Olivier (2), de Boston, aideront la guérison.

Enfin, n'oublions pas de faire remarquer qu'il existe des paralysies hystériques que la simple application du miroir au fond de la gorge pourra faire disparaître, mais en général ces dernières reparaissent avec autant de facilité qu'elles auront disparu plus facilement.

Nous terminerons ce rapide aperçu sur la paralysie isolée du muscle ary-aryténoïdien par l'observation d'une malade atteinte de cette affection. Elle nous a paru intéressante à publier à cause de la résistance de la paralysie à l'électrisation interne, malgré son origine hystérique et aussi à cause de l'amélioration graduelle de la voix concordant avec la diminution également progressive du triangle glottique. Ce qui nous confirme dans notre opinion que l'aphonie est absolue dans la paralysie complète du muscle aryténoïde et, la voix rauque dans la parésie. Cette opinion a été émise aussi par le docteur Lecointre dans sa thèse et nous partageons son avis.

Nous irons même plus loin, et nous dirons que s'il existe un seul fait bien net dans lequel l'aphonie aura été occasionnée par la paralysie *isolée* du muscle ary-aryténoïdien, ce fait unique sera, ce nous semble, suffisant pour prouver que ce symptôme peut être le résultat du défaut d'action ce *seul* muscle du larynx et nous pourrons alors évidemment en conclure que lorsque le muscle sera complètement paralysé, l'aphonie devra être la règle. Dans le cas contraire, l'aphonie ne devra jamais être absolue lorsque l'aryténoïdien transverse sera *seul* para-

(1) *Klinik. der kranheiten des kehlk* Vienne 1866.
(2) *In Américan journ., of. med. Sc.* 1870, p. 305.

lysé, et l'on devra pour expliquerl'existence de ce symptome admettre une cause p!us complexe. Nous sommes absolument persuadé que si, dans quelques cas, les malades n'étaient pas aphones, c'est que le muscle n'était pas *complètement* paralysé, le cas suivant nous offre un bel exemple du fait que nous avançons.

OBSERVATION I (Personnelle et inédite).

Paralysie isolée de l'ary-aryténoïdien d'origine nerveuse.

M[lle] A. V..., âgée de vingt-trois ans, modiste, vient, le 15 décembre 1882, sur ma recommandation, se présenter à la clinique du docteur Moure pour une aphonie complète.

Cette jeune fille, légèrement anémique, mais bien réglée, d'un tempérament très nerveux, n'offre rien de sérieux à signaler du côté des antécédents héréditaires. Depuis l'âge de seize ans, époque à laquelle elle fut menstruée, elle a été sujette, sous des influences morales, à des aphonies semblables à celle pour laquelle elle est venue nous consulter et qui se sont renouvelées tousles ans. Pas de crise d'hystérie.

A l'examen, le pharynx paraît sain dans toutes ses parties, la muqueuse est assez lisse, d'aspect rosé.

Au laryngoscope que la malade supporte très facilement, comme il arrive dans la plupart de ces cas, on constate une légère rougeur des éminences aryténoïdes, les bandes ventriculaires sont saines ; l'épiglotte assez fortement abaissée sur l'entrée du l'organe vocal ne permet pas tout d'abord de voir nettement l'intérieur du larynx, mais en faisant une deuxième application du miroir et au moment où la malade essaye de prononcer la voyelle E, l'opercule glottique se soulève un peu mieux. L'on constate alors que les cordes vocales, dont on n'aperçoit qu'un simple liseré blanc, se mettent en contact mais seulement dans les trois quarts antérieurs. Le quart postérieur au contraire demeure écarté limitant un espace triangulaire qui donne passage à l'air.

Le diagnostic n'était pas douteux. Nous avions affaire à une paralysie complète et isolée du muscle ary-aryténoïdien.

Le bromure de potassium est ordonné comme traitement général.

Le vingt-un décembre la malade revient, toujours aphone et présentant les mêmes symptômes.

On fait une application d'électricité externe qui ne donne aucun résultat. A la séance suivante, M. Moure pratique l'électrisation direote du muscle paralysé, à l'aide de l'excitateur simple un pôle était placé dans le larynx, l'autre sur le cou. Il se produit alors une amélioration sensible qui se manifeste à l'examen laryngoscopique par une diminution du triangle inter-aryténoïdien. La voix devient aussitôt rauque comme voilée et conserve ce timbre pendant plusieurs jours.

A un nouvel examen, pratiqué huit jours après, il est *facile de constater que la paralysie n'est pas aussi complète car le triangle glottique n'est plus aussi petit, son angle antérieur est devenu plus aigu.* La voix est simplement voilée, la toux rauque. Une séance d'électrisation directe n'amène aucune modification et ce n'est que dix jours plus tard, c'est-à-dire après deux autres séances de faradisme intra-laryngé que la voix reprend son timbre normal. Depuis cette époque la guérison s'est maintenue.

Nous croyons également utile de rappeler ici l'observation de Turck dont nous avons parlé au début de cet article, observation publiée peu de temps après l'emploi du miroir laryngien et que la plupart des auteurs ont passé sous silence.

OBSERVATION II. — (Publiée par Turck, *loc. cit.*, p. 451).

Aphonie paralytique aocompagnée d'éclampsie.

Pauline Lachemmayer (....) âgée de dix-neuf ans, couturière qui était traitée dans ma division pour accès hystériques de différentes natures et particulièrement pour éclampsie avec paralysie consécutive, persistante et anesthésie des parties du corps plus grandes, devint aphone dans le courant du mois de juillet 1863 par suite d'un accès d'éclampsie. L'aphonie continua après sa sortie qui eut lieu en décembre et disparut spontanément en peu de jours à peu près vers le milieu de 1864.

Lorsqu'elle s'efforçait de produire un son, pendant les examens réitérés du larynx, subis à de longs intervalles de temps, les bords intérieurs des vraies cordes vocales se juxtaposaient de devant en arrière et se touchaient complètement jusque dans le voisinage de leurs attaches musculaires

sur les cartilages vocaux. Il va sans dire que les cartilages vocaux ne se touchaient pas entièrement pour cela. D'autres fois au contraire les extrémités des cartilages vocaux et les segments postérieurs des vraies cordes vocales se juxtaposaient complètement et ne se séparaient que quand la fatigue commençait à se faire sentir.

Dr J. LAUGA.

Revue Bibliographique.

Carcinome de l'œsophage chez un goîtreux. Paralysie incomplète des dilatateurs de la glotte; trachéotomie; hémorragie retro-trachéale; asphyxie: mort. (*Œsophageal carcinoma in goitrous patient. Incomplete paralysis of the glottis openers. Trachéotomy; Retrotracheal hémorrhage; Asphyxia; Death*).

Par le Dr Félix SEMON de Londres

Sarah R..., cinquante-huit ans, consulta le docteur Semon en 1880 pour de la dysphagie avec irradiation douloureuse vers l'oreille. A cette époque, elle avalait encore les aliments solides, mais le bol alimentaire semblait s'arrêter au niveau du cartilage cricoïde; il n'existait ni dyspnée, ni dysphonie. Pas d'antécédents.

A l'examen, on constatait l'existence d'une hypertrophie notable des deux lobes de la glande thyroïde, surtout du côté droit; à ce niveau, la pression était un peu douloureuse. Pas de ganglions.

A l'examen laryngoscopique, on apercevait, au niveau du cricoïde, un gonflement notable, surtout marqué à droite; de plus, au niveau de la base de l'aryténoïde de ce côté, existait une ulcération superficielle.

Ainsi qu'il arrive quelquefois, même dans le cas de carcinome, le traitement spécifique produisit d'abord une certaine amélioration. Le 22 août, le docteur G. Mackern, remplaçant le docteur Semon, absent depuis le mois de juillet, aperçut, au niveau de la paroi postérieure de la trachée, une saillie blanchâtre dont il ne put définir la nature. Peu de

temps après survint une paralysie des dilatateurs qui, au retour de l'auteur (Octobre), déterminait une sténose respiratoire considérable; la corde droite s'écartait seule un peu de la ligne médiane au moment de l'inspiration. Le traitement spécifique fut de nouveau institué énergiquement, mais, malgré un semblant d'amélioration momentanée, le 24 octobre la corde droite restait à son tour immobile. Bien que l'existence du goître rendit l'intervention chirurgicale assez difficile, le docteur Semon se décida à pratiquer la trachéotomie pour sauver les jours de la malade compromis. L'opération fut un peu plus longue que de coutume, la trachée se trouvant refoulée en arrière, mais il ne survint aucune hémorrhagie. On introduisit une des petites canules rectangulaires de Durham avec son mandrin, mais au moment où l'on retira ce dernier la respiration s'arrêta ; pensant que la canule avait été placée au-devant de la trachée, le docteur Semon la retira, l'air pénétra alors, mais à peine la canule fut-elle replacée que, de nouveau, la respiration resta suspendue ; l'auteur plaça alors une canule plus longue et un peu plus grosse. Quelques secondes plus tard, un flot de sang rouge fit irruption par l'ouverture de la canule, *mais non par les bords de la plaie*, la malade rejeta en même temps du sang par la bouche, et elle ne tarda pas à succomber.

A l'autopsie, on constata l'existence d'un goître fibreux. L'œsophage présentait au-dessous de la base de l'aryténoïde une tuméfaction considérable s'étendant au niveau de la face postérieure du cricoïde, surtout du côté droit; la partie tuméfiée était recouverte par la muqueuse dans le champ visible au laryngoscope, sauf au niveau de la petite ulcération déjà signalée, mais au-dessous de ces points existait une masse ulcérée recouvrant les deux tiers antérieurs de tout le côté droit de l'œsophage. Il existait, par le fait, un rétrécissement longitudinal plutôt que circulaire de ce conduit. L'examen microscopique révéla la nature épithéliale de la tumeur.

A la jonction des parois antérieure et latérale droite de l'œsophage, existait une cavité mesurant environ un pouce et circonscrite par la tumeur, par les parois postérieure et latérale droite de la trachée et par le lobe droit de la glande thyroïde. Cette cavité, remplie de pus et de sang, était parcourue par de grosses veines dont l'une semblait avoir été récemment déchirée.

La cavité de l'abcès communiquait avec la trachée par une ouverture située sur la moitié droite de la paroi postérieure de la trachée et, fait plus remarquable encore, tout le quart postérieur de ce conduit, c'est-à-dire le point où le cartilage n'existe plus, *faisait saillie dans le tube trachéal*; la partie la plus épaisse de cette saillie se trouvait précisément au-dessous de l'ouverture de l'abcès.

Ce dernier fait fournissait évidemment l'explication des difficultés opératoires éprouvées par l'auteur dont la canule, au lieu de passer dans l'orifice trachéal, allait se placer dans le cul-de-sac formé par l'abcès. Ainsi s'expliquait également la rupture d'une des veines signalées plus haut et l'hémorrhagie mortelle qui en fut la conséquence.

Le Dr Semon fait observer, avec raison, qu'il est rare de trouver réunies chez un même malade des circonstances aussi défavorables. D'un côté un carcinome occasionnant une paralysie des dilatateurs de la glotte, d'un autre la formation d'un abcès, l'existence d'un goître empêchant de faire l'opération le plus loin possible du siège du mal, comme il est de règle, en forçant l'opérateur de faire son incision au niveau de l'ouverture de l'abcès : enfin cette saillie de la muqueuse trachéale faisant dévier le mandrin de la canule et conduisant cette dernière dans la cavité de l'abcès.

Epithélioma primitif de l'amygdale (1)

Par le Dr Bryson Delavan

T. B..., âgé de soixante ans, né en Irlande, vient consulter l'auteur le 9 juin 1881. Pas d'antécédents. En février 1881 il éprouva une douleur pulsatile dans l'oreille droite, douleur qui devint persistante; malgré des soins attentifs, ce symptôme ne disparut point et quatre semaines après l'amygdale droite commençait à se tuméfier, au point qu'en avril cette glande mesurait environ un pouce et demi; en même temps apparaissait à ce niveau une ulcération et un gonflement externe au-dessous de l'angle de la joue droite.

Le 9 Juin, le malade a un aspect cachectique, la voix est

(1) *The New-York, méd. journ. and Obstetric*, Avril 1882.

faible, l'haleine extrêmement fétide, l'expectoration purulente parfois striée de sang. Depuis quelques jours, la douleur a gagné l'oreille gauche, l'amygdale de ce côté est également tuméfiée. Il existe une vaste ulcération commençant du côté droit de la luette et s'étendant en haut sur le voile du palais jusqu'au niveau de l'orifice de la trompe et en bas sur l'amygdale de ce côté, qui était presque entièrement détruite, la base de la langue et le bord droit du larynx. Ce dernier organe était également tuméfié. En arrière de la joue droite, existait une tumeur circulaire mesurant environ 0,05 cent. de diamètre. On éloigna toute idée d'intervention chirurgicale et le malade mourut le 5 août 1881, six mois environ après le début de l'affection. L'examen microscopique révéla la nature épithéliale de la tumeur.

L'auteur insiste sur l'existence de la douleur d'oreille avant toute manifestation gutturale, il pense que dans les cas d'otalgie d'origine douteuse, l'on devra songer à examiner la gorge avant de faire un diagnostic. Il termine son article par un relevé statistique des cas publiés par les différents auteurs et quelques renseignements bibliographiques sur ce sujet.

Revue de la Presse

Épithélioma de l'amygdale envahissant le voile du palais le plancher de la bouche et la base de la langue. Ligature de la carotide externe : résection partielle du maxillaire inférieur. Ablation de la tumeur avec l'anse galvanique et le thermo-cautère. Guérison. — Sous ce titre, M. Clado interne du service de M. Polaillon, rapporte l'histoire d'un malade, âgé de quarante-trois ans, entré à l'hôpital le 17 décembre 1882 et qui fut opéré le 16 janvier. Après avoir lié la carotide externe avec du catgut, M. Polaillon fit une incision courbe partant de la commissure labiale gauche pour aller rejoindre l'incision de la ligature vers l'angle de la mâchoire.

Le lambeau inférieur est disséqué en détachant les tissus jusque vers l'os hyoïde. Malgré la ligature de la carotide, les artères coupées saignent assez abondamment. La deuxième incisive gauche est arrachée pour permettre de placer la scie

à chaîne en ce point et l'on sectionne ensuite la branche montante du maxillaire au niveau de sa partie moyenne.

Cette partie osseuse ayant été enlevée, M. Polaillon traversa le plancher de la bouche avec un petit trocart courbe de manière à le faire pénétrer un peu au-dessus de la grande corne de l'os hyoïde et ressortir vers la pointe du V lingual. Un fil de platine fut introduit dans le tube du trocart qui fut retiré. Puis ce fil de platine fut disposé de manière à former une anse qui embrassait le tiers postérieur de la moitié gauche de la langue et le plancher de la bouche jusqu'à la section antérieure du maxillaire. Ce fil ayant été adapté au serre-nœud du galvano-cautère et mis en communication avec la pile, tous ces tissus furent sectionnés. Une autre anse galvanique fut placée de la même manière pour sectionner les tissus au-dessous de l'amygdale, depuis la base de la langue jusqu'au pharynx. Une troisième anse, placée en arrière de l'amygdale, coupa la paroi du pharynx. La tumeur se détacha alors; mais il restait à enlever la moitié gauche du voile du palais, ce qui fut fait avec le thermo-cautère.

La vaste plaie, qui saignait en nappe dans plusieurs endroits, fut cautérisée au thermo-cautère. Quelques ligatures furent placées sur les artères importantes. Enfin, la plaie ayant été lavée à l'eau phéniquée forte, M. Polaillon sutura les tissus de la joue. Sept sutures profondes trois superficielles avec du fil d'argent. Pas de drain.

L'opération dura une heure un quart.

Le 18 janvier on retira deux sutures superficielles et une profonde.

La nutrition du malade fut d'abord assez difficile, et l'on fut obligé, pour l'alimenter de lui introduire dans la gorge un tube de caoutchouc mesurant environ 14 centimètres qui s'adaptait à la canule d'un biberon.

Le 26 janvier se produisirent deux hémorrhagies assez abondantes qui s'arrêtèrent cependant sous l'influence d'une injection d'eau phéniquée forte et d'eau glacée.

Enfin, le 15 février, le malade quittait l'hôpital guéri.

L'examen histologique révèla la nature épithéliale de la tumeur confirmant ainsi le diagnostic porté par M. Polaillon.

La guérison sera-t-elle définitive, c'est à notre avis ce qu'il serait surtout important de savoir, et nous pensons que dans les cas de ce genre il serait utile de chercher à revoir le

malade, au moins un an après l'opération, lorsque la chose est possible.

La difficulté et le danger des opérations qui consistent à enlever à la fois l'amygdale, la paroi du pharynx, le plancher de la bouche et la base de la langue atteint de cancer, ont souvent été signalés. Toutefois, M. Polaillon fait remarquer que ces opérations deviennent relativement faciles et sûres, lorsqu'on prend les trois précautions suivantes : 1° de lier la carotide externe pour limiter l'abondance de l'hémorrhagie; 2° de réséquer une portion du maxillatre inférieur pour s'ouvrir une large voie, d'après le procédé de M. L Labbé. (*Bull. de l'Académie de médecine*, 1882, p. 837); 3° d'agir avec l'anse galvanique et le thermo-cautère pour séparer les tissus malades. (*Gaz. des hôpit.*, 22 Mars 1883.)

Hémorrhagie de la gorge après la scarlatine nécessitant la ligature de la carotide primitive. — Le Dr Pepper a lu devant la Société clinique de Londres, une note concernant un homme âgé de trente-trois ans qui quelques semaines aprés avoir eu la scarlatine prit froid et se plaignit ensuite de mal à la gorge. Deux jours après, la luette était œdématiée, transparente, le voile du palais était rouge et tuméfié. Le lendemain existait de la dysphagie, le malade sentait des battements du côté gauche, de plus on apercevait quatre taches hémorrhagiques à l'union de la voute osseuse et du voile du palais. Trois heures plus tard la gorge se tuméfiait rapidement surtout du côté gauche, le malade éprouvait un sentiment de suffocation, peu de temps après s'écoulait une quantité considérable de sang. Le gonflement et la gêne respiratoire persistèrent et la voix s'éteignit. Le malade perdit environ quarante onces de sang sans que l'hémorrhagie fit mine de s'arrêter.

L'auteur fit une consultation avec le Dr Mohamed et il fut décidé que l'on ferait une ligature de la carotide primitive, ligature qui fut pratiquée avec succès au niveau du bord supérieur du muscle omo-hyoidien. Le malade guérit. (*Philadelphia med. times.* 13 janvier 1883).

De l'hypertrophie du tissu osseux des cornets, considérée au point de vue pratique. *(On the question of hypertrophy of the osseous structure of the turbinated bodies, prati-*

cally considered), par le Dr Bryson Delavan. — Les conditions qui favorisent surtout cette hypertrophie, sont les trop grandes dimensions de méats, une hypérémie de longue durée au niveau du tissu osseux, et l'existence de ces deux conditions au moment de la période de développement de ces parties.

L'hypertrophie des cornets existe souvent, surtout combinée à une déviation de la cloison du nez.

La sténose et le catarrhe résultant de cette hypertrophie ne peuvent être améliorés d'une manière définitive que par l'extirpation de l'os lui-même, opération parfaitement justifiable. L'auteur s'appuie du reste, à ce sujet, sur l'opinion de l'éminent professeur anglais, le Dr Morell-Mackensie.

Tant qu'il existe une hypertrophie de l'un des cornets, l'on ne peut songer à redresser la cloison si l'extirpation de l'os hypertrophié n'a été préalablement exécutée.

De la pathologie et de la thérapeutique du catarrhe chronique du nez et du pharynx, (*Zur Pathologie und Thera pie des chronischen Nasen und Rachen-Catarrhes*), par le Dr M. Bresgen.— Le titre rappelle une affection qui se présente journellement à chaque médecin et lui semble peut-être banale. Néanmoins, il n'existe pas une seule affection qui soit moins comprise par le praticien ordinaire. Aussi devons-nous féliciter le docteur Bresgen, d'appeler notre attention de ce côté.

Voici quelques conclusions, auxquelles arrive l'auteur dans son exposé, conclusions découlant de son expérience personnelle :

« La douche nasale, ou le rinçage du nez, au moyen d'un instrument quelconque ne doit être ordonné que par un médecin qui est tout à fait au courant de l'anatomie, de la physiologie, de la pathologie et de la thérapeutique de la cavité nasale.

L'intérêt du malade réclame que le traitement du catarrhe pharyngien, ou naso-pharyngien, ne soit point confié au malade lui-même et surtout qu'on ne charge pas ce dernier de se faire lui-même les badigeonnages au pinceau.

Comme symptômes de l'affection, l'auteur cite les névroses d'origine réflexe, telles que l'éternûment souvent répété; puis la petite toux, qui suit quelquefois l'éternûment. Cette dernière est toutefois bien souvent un symptôme d'une

irritation concomittante de la muqueuse pharyngienne ou laryngienne; une sensation de lourdeur ou de douleur, résidant dans la partie antérieure de la tête et prennant souvent un caractère névralgique (Seiler) et de migraine ; quelquefois la mémoire s'affaiblit et le malade se trouve dans l'impossibilité de concentrer ses pensées. D'autres malades font des efforts pour se moucher et au lieu d'améliorer leur état ils ne font qu'aggraver le mal. Une sensation de brûlure dans l'œil et les paupières n'est pas chose rare. Hack a vu se produire du spasme de la glotte par action réflexe. L'hypertrophie des replis muqueux pharyngés latéraux (pharyngitis lateralis de Schmid) n'est pas encore suffisamment appréciée malgré les maux nombreux qu'elle engendre. La toux peut provenir du pharynx mais elle est généralement l'effet d'une irritation laryngée et d'un « catarrhe chronique inter-aryténoïdien. »

La sensation de corps étranger à l'arrière-gorge est d'origine purement pharyngienne.

L'épilepsie, par action réflexe d'une affection nasale ou rétro-nasale, mérite une attention spéciale. Sommerbrodt l'a vue disparaître à la suite d'ablation d'un fibrome du pharynx.

L'hérédité jouerait un rôle considérable dans l'étiologie de la maladie. Bresgen se retranche pour la défense de sa théorie derrière l'autorité de Darwin et Hœckel. Il en est de même avec l'origine de l'asthme bronchique. La mauvaise influence du tabac, surtout en prises, est trop bien connue pour ne pas permettre à l'auteur de lui attribuer un rôle prépondérant dans l'étiologie de cette affection ; même au point de vue héréditaire. L'abus des boissons alcooliques trouve également sa place ici.

L'auteur est convaincu qu'il n'y a que très peu de personnes qui ne soient pas atteintes d'un catarrhe naso-pharyngien, et d'après son expérience, celui-ci revêt presque toujours la forme granuleuse.

Quant à la corrélation entre l'ozène et l'atrophie de la muqueuse nasale, l'auteur partage l'avis des autres praticiens, à savoir que celle-ci n'est pas indispensable pour produire l'odeur fétide. D'après Zuckerkandl, l'ozène simple représente un catarrhe chronique hypertrophique de la muqueuse nasale, qui produit une atrophie de la muqueuse et des cornets.

L'air mauvais et humide, respiré par la basse classe, dis-

pose les malades atteints de catarrhe chronique du nez à avoir une odeur fétide. Comme preuve, l'auteur remarque que deux tiers de ses malades se trouvent dans cette classe de la société.

L'opinion de l'auteur, émise déjà autrefois, que l'épistaxis spontanée due à aucune cause directe, peut être regardée comme un symptôme certain de catarrhe chronique du nez, est confirmée par les recherches de Zuckerkandl. D'après l'expérience de l'auteur, c'est un phénomène très fréquent surtout parmi les enfants atteints de cette affection, et c'est même souvent la cause directe pour laquelle on consulte le médecin.

Les excellents résultats obtenus par l'auteur dans le traitement du « *nez rouge* », ne permettent pas de douter d'après lui, que cette rougeur permanente pathologique du bout du nez, n'est rien autre chose que le signe d'un catarrhe chronique de la muqueuse nasale. (*Separat-Abdruck aus der, Berl. Klin. Wochenschr.*, 1882, n° 36).

L. B.

Gonflement de la cloison du nez. — Le Dr M. CARDLE, vient de présenter à « *l'Acadėmy of médecine in Ireland* » (5 juin 1883), un specimen de tuméfaction de la cloison nasale qui avait été enlevée sur un malade mort d'affection pulmonaire. La cavité du nez était à peu près complètement obstruée par le gonflement de la muqueuse qui recouvre les cornets et la cloison. (*Brit. med. journ.* 10 févr. 1883).

Syphilis congénitale du Larynx. — Le Dr PERCY KIDD présente à la Société royale de médecine et chirurgie (*Royal medic., and surg. Soc*, séance du 3 mars 1883), une jeune fille âgée de dix-huit ans, dont la partie antérieure des cordes vocales est adhérente et reliée par un pont de couleur gris rosé. Au niveau du tiers postérieur de la corde gauche existait une petite excroissance, et la partie postérieure de la bande ventriculaire droite était occupée par un gonflement rouge et arrondi. Les rubans vocaux étaient rosés et se mouvaient librement, mais la malade était à peu près aphone. L'épiglotte un peu tuméfiée se portait en arrière vers le larynx, ses bords étaient irréguliers érodés et comme en partie détruits.

La dent incisive latérale était un peu échancrée (*The Brit. Med. Journ.* 17 mars 1883.)

Syphilides tuberculeuses sur l'oreille. — Le Dr SAMUEL SEXTON, rapportait, l'an passé devant la Société de médecine pratique de New-York (séance du 19 mai 1882), l'observation d'une femme mariée âgée de vingt-huit ans qui présentait une éruption particulière recouvrant les deux pavillons. Des croûtes très épaisses fermaient complètement les méats auditifs. Bien que l'auteur n'ait pu reconstituer de véritables antécédents syphilitiques, il pense que l'éruption était assez caractéristique pour ne pas permettre de douter de sa nature. Le traitement mixte fut institué, et l'amélioration se produisit rapidement. L'auteur insiste sur la position insolite de cette éruption (*The med. Rec. New-York*, 3 juin 1882.)

Coups sur l'oreille (*Blows on ear*) par le Dr DALBY.— A la suite d'un coup sur l'oreille peuvent survenir trois sortes de lésions : 1° L'ouïe peut être brusquement compromise sans que le tympan soit déchiré et qu'il existe d'inflammation au niveau de cette membrane, la perte de l'ouïe est dans ces cas considérable et définitive, à part une légère amélioration qui peut survenir durant les premières semaines. L'affection est la conséquence d'une lésion nerveuse située au-delà de la cavité tympanique.

2° Le tympan peut être déchiré, et la déchirure se fait en général dans le sens vertical et à côté du manche du marteau, ordinairement la perforation guérit en quelques jours, mais parfois la suppuration s'établit et la perforation persiste.

Lorsque le tympan est déchiré et qu'il se cicatrise la perte de l'ouïe est loin d'être aussi considérable que lorsqu'il n'existe pas de lésions au niveau de cette membrane.

3° Dans le troisième cas le tympan n'est pas déchiré, mais il se produit une inflammation aiguë de l'oreille moyenne qui s'accompagne des inconvénients habituels dont le moindre est une perte, plus ou moins prononcée de l'ouïe et une perforation qui peut devenir une source de danger pendant toute la vie (*Brit. med. journ*, 23 Décembre 1882.)

Rupture du tympan occasionnée par l'action de plonger (*Rupture of membrana tympani, caused by divin*). — Le Dr WILSON a publié dans l'*American medical News* deux cas de ruptures du tympan survenues après un plongeon. Dans le premier un homme, en plongeant d'une hauteur de 20 pieds environ, ressentit en arrivant dans l'eau un bruit qu'il compa-

ra à un coup de canon; aussitôt après il constata une diminution de l'ouïe du côté gauche et à l'examen on trouva une déchirure au niveau de la partie antéro-inférieure du tympan.

Dans le deuxième cas il s'agit d'un jeune homme qui plongea de dessus un bateau; il entendit également un coup et crut avoir touché le fond : il éprouva ensuite des vertiges et des bourdonnements du côté droit, et l'examen révéla l'existence d'une déchirure située au niveau de la partie postéro-supérieure du tympan.

Le docteur Wilson pense que cet accident est plus fréquent que l'on ne le croit en général et que la surdité survenant après le plongeon, et attribuée à l'introduction d'eau dans l'oreille est plutôt le résultat de fissures du tympan. Il explique le fait par la compression brusque de l'air dans le conduit. Il conseille, pour éviter cet inconvénient, de faire une inspiration profonde avant de plonger et d'empêcher ensuite l'air de sortir par la bouche et par le nez (*The lancet*, 26 août, 1882).

Trépanation de l'apophyse mastoïde dans les maladies de l'oreille. — Dans un mémoire lu devant l'Académie de médecine d'Irlande (séance du 12 janvier 1883), le Dr Wheeler, rapporte les différentes causes des écoulements de l'oreille et insiste sur la nécessité de trépaner de bonne heure lorsque le tissu osseux est malade. Les statistiques prouvent en effet que preque tous les cas abandonnés à eux-mêmes ou traités par la médecine expectante se sont terminés par la mort.

Le docteur Deyle fait observer, avec raison, que l'on a rapporté des cas de guérison obtenus à l'aide d'une simple incision faite au niveau de l'apophyse mastoïde. Nous pourrions ajouter que cette incision ne serait du reste que le prélude de la trépanation si les symptômes ne s'amendaient pas rapidement après cette première opération. (*The Lancet*, 24 février 1883).

Notes sur un cas de surdité consécutif à une contusion cérébrale ((*Notes on a case of deafness following concussion of the Brain.*) — Le docteur Richard Ellis rapporte le cas d'un malade âgé de vingt-huit ans, second sur un steamer, qui tomba à l'eau entre son navire et le quai. En tombant, il se frappa la tête contre le bord du navire, il perdit connaissance, resta insensible pendant douze heures et rendit du sang par la bouche, le nez et l'oreille gauche. Plus tard il s'aperçut qu'il n'entendait plus de l'oreille gauche. A l'exa-

men on constatait une déchirure au niveau de la partie supérieure de l'apophyse mastoïde. La montre n'était pas entendue au contact, le diapason était mal perçu de ce côté; à l'auscultation, l'air ne passait pas dans la trompe. Le tympan était opaque surtout au niveau du segment inférieur, il n'existait pas de triangle lumineux. Le diagnostic fut: hémorrhagie intra-tympanique obstruant la trompe d'Eustache, et déchirure du segment inférieur du tympan.

Le traitement consista en instillations chaudes dans le conduit d'une solution de biborate de soude et de glycerine que le malade garda vingt minutes, puis on fit un lavage de l'oreille qui entraîna un peu de matière coagulée; l'audition améliorée était cependant encore altérée, l'auteur fit alors le cathétérisme de la trompe en injectant par cette dernière une solution alcaline et bientôt le malade recouvra l'ouïe (*Brit. med. journ.*, 30 Décembre 1882).

La surdi-mutité en Prusse. — Le *Berliner Klin. Wochensch.* (14 août) fournit les résultats statistiques suivants pour l'année 1880. Le total des sourds-muets est de 27.794, soit 10.2 par 10.000 habitants, dont 15.168 hommes (11.3) et 12.626 femmes (9.1). Dans le dénombrement de 1871, on comptait 24.315 sourds-muets soit 9.9 par 10,000 habitants. Dans l'intervalle des neuf dernières années la surdi-mutité a donc augmenté jusqu'au chiffre de 18 p. 100 tandis que la population ne s'est accrue que de 10.6 pour 100.

Les proportions de sourds-muets varient dans chaque religion de la manière suivante : Sur 10,000 habitants on compte 9.89 sourds-muets chez les protestants; 10.39 chez les catholiques; 14.38 chez les juifs et 7.27 seulement dans les autres religions. La fréquence plus grande de la lésion chez la race juive s'expliquerait par l'influence des alliances consanguines qui sont plus fréquentes dans cette religion. (*Med. Times, and Gaz.*, 30 septembre 1882).

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Pharynx

Bond. — De l'angine scarlatineuse et de ses rapports avec les autres affections. *(Brit. med. journ.*, 23 septembre 1882).

CRESWELL-BABER. — Remarques sur les végétations adénoïdes du pharynx nasal. *(Brit. med. journ.*, 5 août 1882).

DALY. — Quelques remarques sur l'amygdalotomie. *(The med. Rec. N. Y.*, 10 février 1883).

KENNETH MILLICAN. — Cause ou causes de l'angine tonsillaire. *(The Lancet*, 23 septembre 1882).

MACKERN (Georges). — Du traitement de la pharyngite granuleuse chronique par la galvano-caustie. *(Arch. of Laryngol.*, n° 1. Janvier 1883).

ORLEBAR. — Rougeole avec complication du côté de la gorge. *(Brit. med. journ.*, 17 juin 1882).

PEISSON. — Des végétations adénoïdes du pharynx nasal. (Thèse, Paris, 1883).

PEPPER (William). — De l'amygdalite herpétique ; ses rapports avec la diphtérie. *(Philadelphia med. Times*, 10 févr. 1883).

RAUKIN. — Des amygdales pharyngées et de leur hypertrophie. *(Arch. of Laryng.*, n° 1. Janvier 1883).

SANDS. — Abcès rétro-pharyngien. *(The med. Rec. N. Y.*, 22 juillet 1882).

SHRADY (George). - Extraction d'une grosse tumeur naso-pharyngienne avec prolongement du côté de la base du crâne. Complications cérébrales inattendues, mort. *(The med. Rec. N. Y.*, 16 septembre 1882).

WESLEY MILLS. — Un cas d'hypertrophie considérable des amygdales occasionnant des symptômes graves. *(Arch. of Laryng.*, n° 1. Janv. 1883).

Nez

AMORY DE BLOIS (Thomas). — De la médication hypodermique dans le catarrhe du nez. *(Arch. of Laryng.*, n° 1. Janvier 1883).

BEAUNIS. — Recherches sur le temps de réaction des sensations olfactives. (*Revue méd. de l'Est*, 15 février, 1er et 15 mars 1883).

BOSWORTH. — Un électrode pour le nez (*The med. Rec. N. Y.*, 16 septembre 1882).

JARVIS. — Du traitement chirurgical du catarrhe chronique du nez. *(The med. Rec. N. Y.*, 27 mai 1882).

SABINE. — Des restaurations du nez. *(N. Y. Surg. Soc.*, séance du 14 mars 1882).

WALSKAM. — Traitement des déviations de la cloison. *(The Lancet*, 23 septembre 1882).

Larynx

ARIZA. — De la laryngite hypéresthésique. *(Anales de Otolog. y Laryngol.* Mars 1883, n° 3).

CHAPMAN. — Notes sur quatre faits inusités tiré sur la pratique de 1880-81. *(Arch. of Laryng.*, n° 1. Janvier 1883).

CHAPMAN. — De l'emploie du froid dans les maladies des voies aériennes supérieures. *(Arch. of Laryng.*, n° 1. Janvier 1883).

CLINTON WAGNER. — Ossification du cartilage aryténoïde droit. Séparation et expulsion à la suite de la thyrotomie pratiquée pour faire l'ablation d'un papillome. (*Arch. of Laryng.*, n° 1. Janvier 1883).

COATS et KNOX. — Papillome du larynx enlevé par l'incision partielle du thyroïde. *(The Brit. med. journ.*, 3 Mars 1883).

KNOX. — Épithélioma du larynx (Pièce anatomique. *Brit. med. journ.*, 3 Mars 1883).

LEFFERTS (George). — Observation de laryngite syphilitique chondrite; Gomme du cou. Perforation et formation d'une fistule laryngienne complète. Trachéotomie. Guérison. (*Arch. of Laryng*, n° 1. Janvier 1883).

NORMAN MOORE. — Ulcéra'ion de l'épiglotte à la suite de la fièvre typhoïde. (*Med. Times and Gaz*, 10 juin 1883).

PROSSER (James. — Observations de laryngite syphilitique. (*The med. Rec. N. Y.*, 22 juillet 1882).

RAMON DE LA SOTA. — Histoire d'un os enclavé dans la portion sous glottique du larynx. (*Arch. of Laryng.*, *N. Y.*, n° 1. Janvier 1883).

SCHWEIG (Henri). — Observation de laryngite œdémateuse. (*Arch. of Laryng*, let, n° 1. Janvier 1883).

TAUSZKY. — Laryngite syphilitique ulcéreuse. (*The med. Rec. N. Y.*, 15 juil-1882).

WILLIAMSON. — Des complications laryngées de la phthisie. (*Brit. med. journ.*, 5 août 1882).

Oreilles

BEVERLEY-ROBINSON. — De la fréquence des complications auriculaires dans la rougeole. (*The med. Rec. N. Y.*, 3 juin 1882).

DALBY. — Fonctions des canaux semi-circulaires. (Réponse aux expériences de M. Vulpian. (*The Lancet.*, 3 mars 1883).

RINGWOOD. — De la maladie de Ménière. (*Brit. med. journ*, 6 août 1882).

THOS BARR. — Inflammation purulente de l'oreille ayant occasionné un abcès du cerveau, une méningite purulente et l'oblitération du sinus latéral du côté droit. (*The Lancet.*, 30 septembre 1882).

Varia

ELSBERG (Louis). — Deux cas d'œsophagotomie interne suivis de succès. (*Arch. of. laryng.*, n° 1. Janvier 1883).

GREFFIER. — Étude critique sur les divers procédés de trachéotomie (*France med.*, 24 février 1883).

PURCELL. — Extraction de toute la langue par la méthode sanglante. (*Med. Times and Gaz.*, 30 septembre 1882).

THOMAYER. — Tuberculose de la langue. (*The Lancet.*, 23 septembre 1882).

UN NOUVEAU JOURNAL

Grâce à l'initiative du docteur Riccardo Martinez Estéban, l'Espagne possédera elle aussi ses annales d'*Otologie et de Laryngologie*.

Le nouveau journal est publié sous le titre de: *Annales de Otologia y Laryngologia*, avec le concours de praticiens Espagnols la plupart déjà connus par leurs travaux antérieurs.

Nous offrons à notre confrère nos meilleurs souhaits de bienvenue et lui désirons un plein succès!

Le propriétaire-gérant, Dr E. J. MOURE.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER, rue Cabirol, 1

4e Année. N° 5. 1er Mai 1883.

REVUE MENSUELLE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

SOMMAIRE. — Création d'une Société française d'Otologie et de Laryngologie. — **Travaux originaux** : Syphilis héréditaire tardive; perte de substance du voile du palais et ulcération de l'amygdale gauche, chez un enfant de dix ans; otite moyenne double concomitante; heureux effets du traitement spécifique, par le Dr Noquet, de Lille.— Corps étranger siégeant à la ifurcation de la trachée, par le Dr Paul Koch. — Compte-rendu de la Société française d'Otologie et de Laryngologie. — **Revue Bibliographique** : Manuel pratique de laryngoscopie et de laryngologie, par le Dr Poyet. — Résumé du second exercice de l'Institut opératoire et thérapeutique de l'Hopital de la Princesse, par le Dr Ariza.— Instruments nouveaux. — **Revue de la Presse**. — Nécrologie. — **Index Bibliographique** : Nez, Larynx, Oreilles, Varia.

Création d'une Société française d'Otologie et de Laryngologie.

A l'exemple des ophtalmologistes qui ont donné l'élan, les otologistes et laryngoscopistes de France ont cru le moment opportun pour fonder, non plus, comme les oculistes, un Congrès annuel, mais une véritable *Association*, analogue à celle qui fonctionne depuis déjà plusieurs années en Amérique.

Le but de cette Association, qui a pris le nom de *Société française d'Otologie et de Laryngologie*, sera, évidemment, de faire progresser ces parties de la science médicale encore si délaissées de nos jours des praticiens en général.

Quarante confrères s'occupant des maladies de l'oreille, du larynx ou des organes connexes ayant répondu à l'appel qu'on leur avait adressé, une première réunion générale, à laquelle ont pris part plus de la moitié des

Membres adhérents, a eu lieu à Paris, dans le courant du mois de mars dernier.

Les premières séances ont été consacrées à la discussion des Statuts et Règlements. Après avoir décidé qu'il serait formé non un Congrès, mais une Association dirigée par un Comité comprenant : cinq Membres pour Paris, un pour la province et un pour l'étranger, Comité renouvelé chaque année en séance générale, la majorité des Membres présents a pensé que la Société devait, pour atteindre le but qu'elle poursuit, se réunir au moins trois fois par an, aux mois de janvier et d'octobre, et qu'il convenait de faire une réunion générale pendant la semaine de Pâques.

Dès la fin de la deuxième séance, la Société se mettait au travail et écoutait la lecture des communications intéressantes que nous avons du reste commencé à reproduire *in extenso* dans cette revue.

Nous espérons que chacun aidant un peu, la nouvelle société pourra bientôt rivaliser de zèle avec celle de nos confrères d'outre-mer.

De cette manière, nous arriverons peut-être, à convaincre même les plus sceptiques qu'il existe des maladies de l'oreille, du larynx et du nez, tout comme il existe des maladies des yeux, des poumons, du cœur, du cerveau, en un mot de tous les organes du corps humain.

Plus que jamais les spécialistes, encore bien peu nombreux surtout en province, ne doivent pas ignorer que toujours même aujourd'hui, l'union fait et fera la force et nous sommes fermement persuadé que tous ceux que ces branches de la science intéresse se grouperont avec nous et viendront renforcer les phalanges de cette jeune armée de travailleurs intrépides et désireux de bien faire.

Nous donnons ci-après la liste des membres qui ont adhéré à la *Société française d'Otologie et de Laryngologie* (1).

(1) Les noms des Membres qui ont assisté aux séance de la première réunion, sont précédés d'une *

Membres titulaires de Paris

MM.

* ASTIER.
* ASSAYGUIER.
* BARATOUX.
* BONNAFONT.
* BOUCHERON.
* CADIER.
COUPART.
* GARRIGOU-DÉSARÈNES.
* GELLÉ.

MM.

* GOUGUENHEIM.
* GUERDER.
* JOAL.
* LÉVI.
* MÉNIÈRE.
* MIOT.
* MOURA.
PELLIS.
PRAT.

Membres titulaires de Province

MM.

ALVIN, de Saint-Étienne.
BARETY, de Nice.
BLANC, de Lyon.
De CAPDEVILLE, de Marseille.
DURANTY, de Marseille.
GAREL, de Lyon.

MM.

GUINIER, de Toulouse.
JOLY, de Lyon.
LEMARCHAND, de Clermont-Ferrand.
* MOURE, de Bordeaux.
* NOQUET, de Lille.
PAQUET, de Lille.
VEYRAT, de Chambéry.

Membres associés étrangers

MM.

* BAYER, de Bruxelles.
CAPART, de Bruxelles.
COLLADON, de Genève.
DELSTANCHE, de Bruxelles.

MM.

DELIE, d'Ypre.
EEMAN, de Gand.
KOCH, de Luxembourg.
LANGE, de Copenhague.
SCHIFFERS, de Liége.

Comité de Direction pour l'année 1883-84.

MM. BARATOUX, CADIER, GELLÉ, MÉNIÈRE et
MOURA, pour Paris.
MOURE, de Bordeaux.
BAYER, de Bruxelles.

Secrétaire : M. BARATOUX.
Trésorier-Archiviste : M. MÉNIÈRE.

Les confrères qui désireraient faire partie de la Société, sont priés d'adresser leur demande au Secrétaire, 12, rue Condorcet, à Paris.

Dr E. J. M.

TRAVAUX ORIGINAUX

Syphilis héréditaire tardive. — Perte de substance du voile du palais et ulcération de l'amygdale gauche, chez un enfant de dix ans. — Otite moyenne double, concomitante. — Heureux effets du traitement spécifique (1).

Par le Dr Noquet, de Lille.

Sans vouloir refaire ici l'historique complet de la question, ce qui m'entraînerait trop loin, je rappellerai que, dans ces dernières années, plusieurs auteurs se sont attachés à prouver que la *syphilis héréditaire* pouvait n'apparaître que longtemps après la naissance, et se révéler tout à coup, par des accidents tertiaires. Ce sont, surtout, les chirurgiens de l'Antiquaille, Dron et Horand qui ont cherché à établir ce fait.

En 1876, Dron (2) fit une lecture sur ce sujet à la Société de Médecine de Lyon. Ses conclusions furent adoptées par Horand, qui dit avoir recueilli 15 observations de syphilis héréditaire tardive. Déjà, du reste, en 1875, Chaboux (3), un élève de Horand, avait, dans sa thèse, publié quelques cas analogues. Un autre élève de Horand, Victor Augagneur, présenta, en 1879, à la Faculté de Lyon, une thèse sur la *syphilis héréditaire tardive*. Dans cette thèse, sont réunies 85 observations, prises dans les auteurs, et 3 observations personnelles. Bien qu'elles n'aient pas toutes la même valeur, ces observations constituent, il faut le reconnaître, un ensemble imposant, capable d'entraîner la conviction. Des faits semblables ont été publiés à l'étranger, tant en Allemagne qu'en Angleterre, par différents auteurs. Il me suffira de citer les noms de Baümler de Schwimmer, de Laskewitch, de Zeissl, de H. Lée, de Field et de Rivington.

Certes, on peut objecter, comme l'a fait Rodet, en

(1) Communication faite à la *Société Française d'Otologie et de Laryngologie*, séance du 22 Mars 1883.

(2) *Lyon médical*, n° 29. 1876.

(3) *Thèse de Paris*, 1875.

1876 (1), à la Société de médecine de Lyon, que les symptômes intermédiaires sont susceptibles d'échapper à l'observation, et que, chez les nourrissons, la vérole présente différents degrés d'intensité. Les syphilides légères passeront quelquefois inaperçues, ou seront confondues avec d'autres éruptions. Elles guériront même sans traitement. Ce qui n'empêchera pas la diathèse de faire, plus tard, des retours offensifs, sous forme d'accidents tertiaires. On doit reconnaître, en effet, qu'il est souvent difficile d'obtenir des renseignements certains, sur les antécédents du sujet qu'on examine. Néanmoins, il est des cas, et je parle ici des lésions se manifestant dans la seconde enfance, où l'on est tenté de croire que les parents ne se trompent pas, en affirmant que leur enfant n'a jamais eu, antérieurement, ni éruption cutanée, ni autre signe évident de syphilis, c'est quand l'enfant est bien développé, vigoureux, exempt de ces stigmates de la peau, que Parrot signalait, dernièrement encore, à la Société de chirurgie. (2)

J'ai observé un fait de ce genre, dont l'étiologie, ainsi qu'il arrive souvent, présentait quelque obscurité. Comme les lésions siégeaient sur le voile du palais et sur l'amygdale gauche, comme, de plus, elles s'accompagnaient d'une otite moyenne double, j'ai cru bien faire en vous le communiquant.

On comprend, sans qu'il soit nécessaire d'insister, tout l'intérêt qui s'attache à l'étiologie. Les lésions semblables à celles dont je vais avoir l'honneur de vous entretenir, sont souvent imputées à la *Scrofule*. On pourra s'en convaincre, en lisant la thèse écrite par Homolle (3), sous l'inspiration de Lailler. Aussi n'étais-je pas fâché de montrer l'heureuse influence du traitement spécifique, dans un cas un peu douteux.

OBSERVATION

En décembre 1881, une dame grande et vigoureusement constituée, amena, dans mon cabinet, son fils, enfant de dix

(1) *Lyon médical, loc. cit.*

(2) *Société de chirurgie.* séance du 21 février, 1883.

(3) Homolle. — *Des scrofulides graves de la muqueuse bucco-pharyngienne.* Thèse de Paris, 1875 n° 40.

ans, qui paraissait bien développé pour son âge. Sans autre préambule, la mère fit ouvrir la bouche de son fils, en me priant d'examiner le fond de la gorge. J'aperçus des lésions qui attirèrent vivement mon attention et que je décris, avant les anamnestiques, pour reproduire l'ordre que je fus, pour ainsi dire, forcé de suivre, dans cette circonstance.

La luette avait complètement disparu, et de telle façon, que le voile du palais présentait un bord libre rectiligne. Près de ce bord libre, à la hauteur de sa partie moyenne, se trouvait une perte de substance, ressemblant, assez bien, à un triangle équilatéral d'un centimètre de côté. La base de ce triangle correspondait au bord libre. Il y avait là, réunissant les deux autres côtés, un pont de tissu sain, dont l'épaisseur était à peine d'un millimètre. Tout le contour de la perte de substance était légèrement grisâtre, et franchement arrêté, taillé, en quelque sorte, à l'emporte-pièce.

Sur l'amygdale gauche, siégeait une ulcération peu profonde, grisâtre aussi, à peu près circulaire, à bords très nets, et large d'environ un centimètre. Au pourtour de la perte de substance et de l'ulcération, la muqueuse était rouge.

L'arrière-cavité des fosses nasales, qu'on apercevait à travers la perforation, était remplie de mucosités très visqueuses. Mais sa muqueuse, et j'eus soin, pour m'en assurer plus complétement, d'introduire l'index, ne présentait pas de végétations adénoïdes. La tonsille pharyngienne ne semblait pas anormalement développée.

La langue, la voûte palatine, la muqueuse des joues n'offraient rien de particulier à noter. Les dents, par contre, avaient un aspect spécial. Elles étaient toutes opaques, brunes et petites. De plus, les incisives supérieures convergeaient les unes vers les autres; leur surface était irrégulière et leur bord libre crénelé. Le bord libre des incisives moyennes inférieures était aussi crénelé.

Pour compléter ce qui a trait à l'examen, j'ajouterai que quelques ganglions sous-maxillaires était modérément engorgés.

Le début du processus ulcératif remontait à cinq mois. La luette était tombée tout d'abord ; puis, quelque temps après, étaient survenues la perte de substance du voile du palais et l'ulcération de l'amygdale, lésions qui, peu marquées à l'origine, s'étaient progressivement accentuées, et allaient encore

s'étendant. On les avait combattues, sans succès, par des cautérisations faites avec différents liquides, et par un traitement interne, dont l'huile de foie de morue et le sirop d'iodure de fer avaient été les principaux agents.

Les boissons et les aliments refluaient, en partie, par le nez. Il y avait, de plus, un nasillement très prononcé. Les fosses nasales étaient, du reste, remplies de mucosités. Leur muqueuse, examinée au spéculum, paraissait cependant saine. Il n'existait pas de lésions osseuses, et la surface cutanée ne présentait, en aucun endroit, ni éruption, ni cicatrices.

Comme je l'ai déjà dit, l'enfant était bien développé pour son âge, et l'on aurait pu croire, à première vue, qu'il jouissait d'une excellente santé. Ses joues, bien remplies, étaient suffisamment colorées; son thorax était bien conformé. Au dire de la mère, il n'avait jamais eu aucune affection grave. Ses antécédents pathologiques se bornaient à une rougeole et à une coqueluche légères. Les yeux étaient restés indemnes de toute lésion, et sauf « un gros bouton » qui s'était montré sur la joue, deux ans auparavant, la peau n'avait jamais présenté aucune éruption. « Ce bouton », assez volumineux, avait, particularité digne d'être notée, persisté pendant six mois au moins. Bien qu'il eût, paraît-il, suppuré, il n'avait pas laissé de cicatrice. La mère ne possédait, du reste, sur le traitement suivi à cette époque, que des renseignements fort vagues.

En même temps que les accidents du voile du palais et de l'amygdale, s'était développée une surdité à marche assez rapide. Depuis quelques jours, il fallait, pour se faire comprendre de l'enfant qui, du reste, disait ne pas avoir de bourdonnements, élever beaucoup la voix.

La montre était entendue, à gauche, à partir de 20 centimètres, à droite, à partir de 10. La perception crânienne était bonne. Le tympan gauche, injecté au niveau du manche du marteau, était légèrement dépoli; son triangle lumineux était peu brillant. Le tympan droit était plus dépoli, plus injecté au niveau du manche du marteau; son triangle lumineux était à peine visible.

Les deux tympans présentaient une concavité exagérée; les manches des marteaux étaient vus en raccourci ; mais la mobilité était normale. Les trompes étaient assez libres, car

les insufflations, faites avec la poire de Politzer, pendant que l'enfant prononçait les mots hec, hic, hoc, houc (procédé de Gruber), produisirent chaque fois, et dans chaque caisse, une poussée très nette et un peu douloureuse. Après ces insufflations, la montre fut entendue, à gauche, à partir de 1 mètre, à droite, à partir de 30 centimètres. Le succès du procédé de Gruber indiquait que le voile du palais était encore susceptible, dans certains cas, et malgré sa perte de substance, d'intercepter complétement la communication entre le pharynx nasal et le pharynx proprement dit. Il n'en était, toutefois, pas ainsi, dans toutes les circonstances, et notamment pendant la déglutition.

A quelle cause fallait-il rattacher les lésions que je venais de constater ? Si l'on est forcé de reconnaître que, dans la seconde enfance, les ulcérations pharyngo-buccales, dues à la scrofule, ressemblent beaucoup à celles que fait naître la syphilis héréditaire, il n'en est pas moins vrai que certaines lésions, concomitantes, peuvent mettre sur la voie du diagnostic. De ce nombre, sont les altérations dentaires, sur lesquelles Hutchinson, attira le premier l'attention, en 1857 (1).

Pour Hutchinson, ces altérations sont un signe certain de syphilis héréditaire, et on les rencontre, dans tous les cas de kératite intertitielle.

Parrot, qui a fait, sur ces altérations, une communication, au Congrès de Reims, en 1880, et qui vient encore d'en parler, tout récemment, à la Société de chirurgie, admet aussi qu'elles ont pour cause unique la syphilis héréditaire. Pour lui, l'*érosion dentaire* n'est provoquée ni par les pyrexies, ni par la scrofule, ni par les convulsions de l'enfance. Elle est due toujours à la syphilis, ainsi que le prouve l'existence concomitante d'autres lésions, telles que les modifications de la forme du crâne, et les altérations osseuses spéciales du maxillaire.

Ces affirmations sont loin d'être unanimement acceptées. Plusieurs chirurgiens, et Broca entre autres, ont même prétendu que les altérations, signalées par Hutchinson, se montraient avec la plupart des affections

(1) Hutchinson. — *Trans. of the. odont. soc.*, 1857. Vol. II, p. 97.

graves frappant l'enfant, au moment de l'évolution des dents. Magitot ne voit, dans l'hérosion dentaire, qu'une lésion provoquée par l'éclampsie infantile. Il l'a rencontrée, chez le bœuf, et ne l'a constatée qu'exceptionnellement, en Kabylie, où la vérole est, cependant, depuis un temps fort long, endémique et héréditaire.

La syphilis héréditaire et les autres diathèses ont, il ne le nie pas, une influence considérable, sur la constitution des dents. Mais elles ne produisent que l'atrophie.

Les dents, dans ces cas, sont petites, difformes, modifiées dans leur constitution anatomique et chimique, sans présenter la moindre trace d'érosion. Il s'est du reste en ce qui concerne l'atrophie, livré, à propos de quarante observations, à une enquête minutieuse, et il a pu se convaincre que la syphilis n'existait pas, dans la plupart des cas. (1)

Pour mon compte, et d'après mon expérience personnelle, qui comporte déjà un certain nombre de cas, je suis tout disposé à considérer comme vraie l'opinion d'Hutchinson et de Parrot. Toutefois, et puisqu'il existe des objections sérieuses, je ferai quelques réserves, en ajoutant que si les altérations dentaires d'Hutchinson ne permettent pas d'affirmer l'existence de la syphilis, elles doivent, tout au moins, y faire fortement songer, et engager le médecin à instituer un traitement spécifique, quand il existe, par exemple, des ulcérations buccales ou pharyngiennes. Or, dans le cas dont je m'occupe, les dents présentaient les altérations décrites par Hutchinson.

D'autres signes, ayant bien aussi quelque importance, venaient s'ajouter à ce dernier; les bords de la perte de substance et de l'ulcération étaient nets, la muqueuse périphérique était rouge, uniformément gonflée. Ces signes appartiennent surtout aux lésions provoquées par la syphilis. Les ulcères scrofuleux, présentent en effet, généralement, des bords amincis et décollés; la muqueuse avoisinante est pâle et bouchée.

(1) Magitot.— *Congrès de Reims*, séance du 14 août 1880 (matin). — *Congrès de Londres*, (1881). — *Trans, of the internat. Médical congress London*, (1881, T. III, p. 516.) — *Société de chirurgie*, Séance du 21 février 1883. — *Dict. encycl. des Sciences med.* T. XXVII, p. 176.

J'eus soin, et je ne pouvais y manquer, d'interroger discrètement la mère, sur ses antécédents pathologiques. Cette dame prétendit s'être toujours bien portée, et n'avoir jamais eu ni taches sur la peau, ni croûtes dans les cheveux, ni maux de gorge chroniques. Elle n'avait jamais, disait-elle, accouché avant terme, ni fait aucune fausse couche. Je n'obtins, comme renseignement ayant quelque valeur, que le suivant : les quatre premiers enfants de cette dame avaient toujours été bien portants; le cinquième était celui que j'examinais, et le sixième, âgé de sept ans, avait présenté et présentait encore différentes lésions cutanées. Ce récit pouvait faire supposer que la mère était devenue syphilitique, entre la quatrième et lacinquième grossesse. Quant au père de ces enfants, il était très vigoureux, paraît-il, et n'avait jamais été malade.

Comme on le voit, les renseignements que me donnait mon interrogatoire, et il en est souvent ainsi, dans ces sortes de cas, ne m'apportaient qu'un bien faible appoint. Néanmoins, j'étais tout disposé, en me basant sur les signes dont j'ai parlé plus haut, à porter le diagnostic *syphilis*. Comme de plus, l'enfant avait été allaité par sa mère, comme l'absence de stigmates cutanés, et les anamnestiques donnaient lieu de croire qu'il n'y avait pas eu d'accidents, dans la première enfance, je crus pouvoir ajouter au mot *syphilis*, les épithètes *héréditaire tardive*.

Il convient, en effet, de ne pas oublier que les enfants peuvent prendre la syphilis en nourrice. Verneuil a cité trois cas de ce genre, à la Société de chirurgie, dans la séance du 11 mai 1881. Il faut aussi songer à ce fait que la mère peut devenir syphilitique, pendant qu'elle allaite, et infecter ainsi son enfant. Mais, dans ces cas, la syphilis suit généralement sa marche ordinaire, et se révèle, peu de temps après l'infection, par des symptômes qui, susceptibles de frapper les yeux les moins clairvoyants, laissent aussi, le plus souvent, des traces visibles.

Du reste, et heureusement, ces distinctions qui, au point de vue purement scientifique, ne sont pas dépourvues d'intérêt, n'ont aucune importance lorsqu'il s'agit du traitement. La médication est la même dans tous les

cas. Il faut surtout et c'est quelquefois fort difficile, bien différencier la syphilis de la scrofule.

Comme traitement interne, je prescrivis le sirop de Gibert, à la dose de quatre cuillerées à café par jour, deux avant chacun des deux principaux repas. J'ai la plus grande confiance, en cette préparation, qui a l'avantage de réunir le mercure et l'iodure. Elle est généralement bien supportée, et donne, surtout lorsqu'il s'agit d'ulcérations pharyngo-buccales, d'excellents résultats.

Les médecins de Lyon semblent préférer, pour combattre la *syphilis héréditaire tardive*, la médication iodurée simple. Ils prescrivent l'iodure de potassium à dose élevée. M. Augagneur cite, dans sa thèse, le cas d'un enfant de six ans, atteint de perforation du voile, auquel M. Aubert administra, avec grand succès, jusqu'à 6 grammes d'iodure par jour. M. Augagneur a bien soin d'insister sur la nécessité de donner des doses massives, et attribue les insuccès, à la timidité avec laquelle les médecins manient en général, ce médicament. Je suis aussi de cet avis et, crois qu'il faut chercher à atteindre rapidement, comme le faisait Küs, à Strasbourg, la saturation iodique, saturation qui, survenant plus ou moins vite, suivant les sujets, est indiquée par l'apparition du coryza et de l'acné. Küs commençait par 1 gramme et augmentait tous les jours d'un gramme. Dans certains cas, assez rares, il est vrai, il fut obligé d'aller ainsi, jusqu'à 25 et 30 grammes.

Malheureusement, tous les estomacs sont loin de supporter ces doses élevées. Il est fréquent de voir apparaître, même avec 2 grammes ou 3 grammes par jour, des difficultés de digérer et des diarrhées très gênantes. Le sirop de Gibert, et j'ai pu le constater, agit à dose beaucoup plus faible du moins lorsqu'il s'attaque aux ulcérations pharyngo-buccales, et ne présente pas, à un aussi haut degré, les inconvénients que je viens de signaler.

Comme adjuvant du traitement interne, je prescrivis, d'une part, des badigeonnages, sur l'ulcération de l'amygdale, et sur les bords de la perforation du voile du palais, avec un pinceau trempé dans une solution de nitrate d'argent au quart (nitrate d'argent, 5 grammes, eau distillée, 20 grammes); et, d'autre part, des douches

naso-pharyngiennes avec de l'eau salée tiède (1 0/0 de sel).

Je fis, moi-même, le premier badigeonnage. La mère s'engagea à répéter cette petite manœuvre tous les trois jours. Quant aux douches naso-pharyngiennes, elles devaient être pratiquées une fois par jour, et avec toutes les précautions d'usage. Je voulais, avec elles, débarrasser le nez et l'arrière-cavité des fosses nasales, des mucosités abondantes qui les remplissaient.

J'aurais désiré, aussi, répéter, au moins deux fois par semaine, le procédé de Gruber, et même exercer la mère à l'appliquer. Mais l'enfant habitait une ville assez éloignée; de plus, il avait une répugnance très grande pour ce procédé, et sa mère ne sut pas triompher de sa résistance. De sorte qu'il ne fut soumis que, de loin en loin, à l'insufflation d'air.

Il revint chez moi, quinze jours après le premier examen. Le traitement avait été régulièrement suivi. On pouvait déjà constater une très notable modification. Le catarrhe de la muqueuse pharyngo-nasale était moins intense, et l'ulcération de l'amygdale gauche presque cicatrisée. Le petit pont de tissu sain, dont j'ai parlé plus haut, pont qui réunissait les deux côtés de la perte de substance du voile du palais, avait disparu. Mais la perte de substance elle-même, semblait s'être rétrécie. Ses bords n'étaient plus grisâtres. L'ouïe s'était améliorée. La montre était maintenant entendue, de chaque côté, à $1^{m}20$. L'injection existant à droite et à gauche, le long du manche du marteau, était moins marquée. Ni les aliments solides, ni les boissons ne refluaient plus par le nez. Le nasillement était moins prononcé.

L'amélioration, alla ainsi s'accentuant, et, finalement, au boutde trois mois, la guérison put être considérée comme complète. L'ouïe redevint normale, et le catarrhe de la muqueuse pharyngo-nasale disparut. Bien entendu, il resta, sur le bord libre du voile du palais, une échancrure peu profonde, toutefois. Je touchai, un jour, l'angle de cette échancrure avec du nitrate acide de mercure. Mon intention était de renouveler, de temps en temps, cette petite manœuvre, pour chercher à obtenir une réunion complète. Mais l'enfant, ayant souffert, ne voulut

pas me laisser recommencer. Je n'insistai pas, d'autant plus, qu'en somme, le résultat était très satisfaisant.

L'enfant supportant bien le sirop de Gibert, le traitement fut continué encore pendant un mois. Je crus pouvoir le suspendre alors,sans inconvénient,pour y revenir un mois après. Le sirop fut, à ce moment, repris pendant trois mois.

J'ai revu, dernièrement, mon petit malade. Il va aussi bien que possible. Il n'a conservé, de son affection, que la petite échancrure dont j'ai parlé et un peu de nasillement. Mon intention est de le soumettre, à nouveau, au moins pendant deux périodes de trois mois, au sirop de Gibert.

Ce résultat remarquable du traitement spécifique me semble confirmer le diagnostic syphilis. Car, si l'on a prétendu, avec quelque raison, que l'iodure de potassium guérissait les scrofulides graves des muqueuses, on n'a jamais pu, je pense, en dire autant du sirop de Gibert. Il est bon, du reste, de ne pas oublier que l'enfant, avant d'être amené à ma consultation, avait suivi, pendant plusieurs mois, sans aucun succès, le traitement classique de la scrofule, et qu'il avait, notamment, pris de l'iode, à petite dose, toutefois, sous forme d'iodure de fer.

Corps étranger siégeant à la bifurcation de la trachée.

Par le Dr Paul KOCH (1).

Il s'agit d'une femme âgée de quarante-neuf ans; d'une santé robuste, elle n'a jamais été sérieusement malade; ses cinq enfants sont en bonne santé. Le 9 décembre 1882, en mangeant du macaroni cuit dans du bouillon de viande de bœuf, elle éprouve tout d'un coup la sensation d'un corps étranger à la gorge. Elle était convaincue d'avoir avalé un corps dur, pointu, d'un volume relativement grand. Un accès de suffocation, de l'oppression

(1) Travail communiqué à la Société française d'otologie et de laryngologie. Séance du 23 mars 1883.

et une sensation de gonflement à l'intérieur de la gorge, des douleurs spontanées augmentant par l'acte de la déglutition, des crachements de sang et de glaires : tels étaient les symptômes primitifs qui cependant, ne furent controlés par aucun médecin.

La malade prit de son chef un vomitif immédiatement après l'accident, sans éprouver de soulagement après. Comme son état subjectif lui semblait s'améliorer de jour en jour, elle trouva bon de ne pas consulter de médecin. Quinze jours seulement après l'accident une légère dyspnée s'accentuant aux grands mouvements et une haleine fétide se déclarèrent, symptômes qui restaient stationnaires jusqu'au 18 février 1883, jour où je l'ai examinée pour la première fois.

L'état général de la malade n'était pas troublé, l'expression de sa figure était calme, la face n'était pas cyanosée, on entendait à peine un peu de cornage aux deux temps de la respiration. La malade pouvait garder la position horizontale sans inconvénient, elle dormait bien la nuit; ce n'était qu'aux grand mouvements que la dyspnée et le cornage inspiratoire et expiratoire se déclaraient. Il n'y avait plus eu d'accès de suffocation. La voix était intacte, l'haleine fétide; la malade n'accusait pas la moindre douleur; elle ne toussait pas; si l'on l'engageait à tousser, le timbre n'avait pas la résonnance croupale; la déglutition s'effectuait normalement. L'inspection et la palpation du cou ne firent révéler rien d'anormal. La malade possédait une grande tolérance pour le laryngoscope, ce qui ordinairement n'est pas le cas quand il existe un corps étranger dans le pharynx ou dans l'œsophage. La bouche, le pharynx et le vestibule laryngien étaient normaux. Les cordes vocales intactes remplissaient bien leurs fonctions phonatrices; en comparant les excursions inspiratoires des cordes vocales à la longueur de ces dernières, on trouvait que ces excursions étaient tant soit peu amoindries; cette petite défectuosité était sans doute la cause qu'au moment d'une respiration ordinaire l'espace sous-glottique paraissait obscure; pour voir dans ce dernier il fallait faire exécuter à la malade nne inspiration très profonde, immédiatement après avoir prononcé la voyelle *e* et alors

encore l'inspection n'était pas tout-à-fait complète; mais la glotte devenait assez béante pour qu'on pût distinguer un corps de couleur gris-foncé, à surface inégale,immobile pendant la phonation aussi bien que pendant les deux phases de la respiration; les plus grands efforts de toux ne le faisaient pas bouger. Dans l'image laryngoscopique on le voyait remplir à peu près les deux tiers de l'espace visible entre les deux cordes vocales; entre lui et la vraie corde vocale gauche il existait un passage assez restreint pour l'air respiratoire. La sonde une seule fois introduite dans le larynx permit de constater que le corps était dur et immobile; cette exploration fut suivie d'un accès de suffocation tel que je n'osais ni répéter l'expérience, ni faire des essais d'extraction par la voie naturelle. Commme il n'existait pas de péril en demeure, comme la malade ne voulait pas se soumettre à l'opération sanglante, le traitement fut expectatif pendant les neuf jours qui suivirent ce premier examen. Pendant ce temps l'image laryngoscopique était restée invariablement la même, la malade fut convaincue de la nécessité de l'opération et le diagnostic fut arrêté définitivement comme suit: « Corps étranger sous-glottique, dur, immobile, occupant les deux tiers du calibre de la trachée à une hauteur qui correspond au bord inférieur du cartillage cricoïde.»

Le 27 février, ainsi 80 jours après l'apparition des premiers symptômes subjectifs, je pratiquai la laryngo-trachéotomie, espérant arriver ainsi immédiatement sur le corps étranger dont l'extraction aurait été chose facile; la trachée fut incisée dans une étendue double de celle que l'on incise en cas de croup. Au grand étonnement de l'entourage, la région crico-trachéale fut trouvée vide; la malade était à mpitié suffoquée; l'index introduit dans la plaie pénétra facilement dans le larynx et la bouche; le doigt, explorant en sens inverse, découvrit un corps dur et pointu siégeant au niveau de la bifurcation de la trachée. La malade, engagée à tousser fortement, projeta par la plaie trachéale un os dont l'image photographique de grandeur naturelle se trouve ci-jointe. Cet os, de substance poreuse, ayant séjourné plus ou moins impunément pendant 80 jours dans la trachée et rendu évident

par le laryngoscope seul, cet os pèse sec 60 grammes; ses plus grandes dimensions sont les suivantes : dans le diamètre vertical, 19 millimètres; dans le diamètre horizontal de droite à gauche, 15 millimètres; dans le diamètre horizontal antéro-postérieur, 6 millimètres. Une région plus ou moins circulaire de l'os, d'un diamètre de 7 millimètres, plus pointue, plus foncée et plus sèche que le reste, représente la partie non touchée et par conséquent non macérée par la muqueuse trachéale; c'est cette partie qui se présentait dans l'image laryngoscopique. Quatre jours après l'opération, la malade rentre dans ses foyers. Aujourd'hui (douze jours après l'opération), la plaie est en bonne voie de guérison, l'odeur fétide de la bouche a disparu; la cicatrice cutanée sera insignifiante.





L'analyse de ce cas assez intéressant nous conduit aux réflexions suivantes :

L'anamnèse, assez obscure du reste, laisse supposer qu'au début l'os était logé dans le pharynx à proximité du vestibule laryngien, où il a séjourné pendant quelque temps; la cause d'introduction avait été fonctionnelle. L'accès de suffocation au début et l'oppression subséquente ne plaident pas contre cette supposition; ces derniers symptômes existent tout aussi bien quand un corps étranger occupe le pharynx et l'œsophage que quand il se trouve dans le larynx et la trachée; ces symptômes sont même identiques dans les deux cas, que le corps soit grand ou petit, peu importe; dans ce dernier cas, les mouvements de constriction proviennent de l'action réflexe des fibres du pneumogastrique. Le pharynx étant très sensible et la trachée présentant, au contraire, une grande tolérance pour les corps étrangers, les douleurs accusées primitivement par la malade parlent plutôt pour lap résence du corps dans le pharynx. Par le secours immédiat du médecin, il aurait pu être dégagé par les voies naturelles.

Les manipulations mal menées et surtout le vomitif ont contribué à faire entrer l'os dans la trachée.

C'était surtout grâce au laryngoscope que le diagnostic avait pu être établi ; nouvelle preuve de la grande utilité du miroir laryngien en pareil cas.

Le bruit de drapeau ou bruit de soupape, ce symptôme si précieux, a fait défaut ; la main appuyée sur le larynx ne sentait pas le bruit de grelottement signalé par Dupuytren : on pouvait donc conclure à l'immobilité du corps étranger.

Il y avait eu erreur de diagnostic sous le rapport de la hauteur du siége du corps étranger : les excursions inspiratoires incomplètes des cordes vocales empêchaient de voir les anneaux de la trachée ; de plus le cou de la malade était court à un tel point que ce raccourcissement formait une gêne réelle pendant l'opération ; par suite la trachée avait sans doute son minimum de longueur aussi ; par conséquent le chemin parcouru par la sonde exploratrice introduite une seule fois jusqu'au corps étranger parut court dans la même proportion. Ces éventualités ainsi que le raccourcissement des différentes profondeurs dans les images laryngoscopiques en général, expliquent cette erreur, sans laquelle le cartilage cricoïde aurait pu être gardé intact.

Si Krishaber croit devoir rejeter la trachéotomie en général dès que le corps étranger est pointu et immobilisé dans les premières voies respiratoires, notre cas prouve qu'il y a des exceptions à cette règle ; un seul attouchement du corps étranger provoqua un accès de suffocation assez inquiétant.

La nécessité de tamponner la trachée immédiatement après l'ouverture de cette dernière a été préconisée par beaucoup d'auteurs. Cependant il ne faut pas admettre ce principe non plus comme règle générale. Il est évident que, chez notre malade, la tamponnade aurait fait le plus grand tort. En somme, il faut convenir qu'il est toujours prudent de ne pas procéder suivant des lois bien définies dont le droit acquis est usurpé, mais que chaque cas particulier doit être étudié dans toutes ses circonstances et particularités ; car d'ordinaire

l'opération n'est pas si urgente que certains auteurs semblent vouloir prétendre.

Si le corps étranger se trouve au-dessous des cordes vocales, il faut faire en principe la trachéotomie ; il ne faut pas oublier que, dans ce cas, l'on peut se tromper quant à la lenteur du siège du corps étranger, erreur difficile à éviter ; qu'en vue de cette possibilité il faut faire la trachéotomie profonde et pratiquer seulement la tamponnade de la trachée quand l'index explorateur a constaté la présence du corps étranger au-dessus de la plaie trachéale ; dans ce dernier cas, en effet, la canule de Trendelenburg est une grande garantie, surtout quand le corps étranger est mobile. Si ce dernier est situé au-dessus des cordes vocales, s'il a des contours et une grandeur qui justifient la crainte de le voir tomber au fond de la trachée, il est encore prudent de pratiquer la trachéotomie ou la laryngo-trachéotomie, d'introduire le doigt dans la plaie et de pousser le corps de bas en haut dans le pharynx ou bien d'introduire la canule de Trendelenburg et d'essayer l'extraction par les voies naturelles.

Dr Paul Koch.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

Séance du 21 Mars 1883.

Présidence du Dr Moura-Bourouillou

La première séance est consacrée tout entière à la discussion des statuts et règlements.

Il a été convenu :

Que cette Association prendrait le nom de *Société française d'Otologie et de Laryngologie*, et se composerait : 1° De Membres honoraires ; 2° De Membres titulaires nationaux et associés étrangers ; 3° De Membres correspondants nationaux et étrangers.

La direction des travaux de la Société sera confiée à un Comité formant en même temps le Conseil d'Administration qui sera réélu chaque année en séance générale.

Ce Comité sera composé de cinq Membres résidant à Paris, dont trois otologistes et deux laryngologistes et de deux Membres de la province ou de l'étranger. A la première séance le Comité choisira dans son sein le Secrétaire et le Trésorier-Archiviste dont les fonctions seront également annuelles.

Les Membres du Comité sont rééligibles.

A chaque séance la Société choisira son Président parmi les Membres présents.

Le prix de la cotisation annuelle a été fixé à 25 fr. pour les Membres titulaires, et le droit fixe d'entrée pour les Membres correspondants à 40 fr.

La Société tiendra ses séances ordinaires en Janvier et en Octobre, et sa séance générale pendant la semaine de Pâques.

Séance du 22 *Mars* 1883.

Présidence du Dr MOURA-BOUROUILLOU.

M. NOQUET lit un travail sur un cas de syphilis héréditaire tardive avec perte de substance du voile du palais et ulcération de l'amygdale gauche, chez un enfant de dix ans ; otite moyenne-double, concomitante ; heureux effets du traitement spécifique.

DISCUSSION

M. BAYER demande à présenter quelques observations sur le cas que vient de communiquer M. Noquet, notre confrère de Bruxelles cite une observation analogue à la présente : un enfant de douze ans, ayant déjà une affection des yeux, lui fut amené par un oculiste qui croyait que son malade était atteint d'une phtisie du pharynx. M. Bayer porta le diagnostic de syphilis. Était-ce de la syphilis héréditaire ou de la syphilis tardive, communiquée à l'enfant par les baisers de la mère? Le cas était difficile. M. Bayer eut recours, avec avantage, à l'iodure de potassium, donné à petite dose, suivant la méthode de Lyon qui n'emploie pas le mercure dans ces cas, contrairement à la pratique de M. Fournier. M. Bayer reproche à ce savant professeur d'employer le sirop de Gibert, car il ne sait pas si c'est le mercure ou l'iodure de

potassium qui agit. Au début de la syphilis, l'hydragyre est excellent, mais, dans ce cas, il est mauvais; c'est à l'iodure de potassium qu'il faut avoir recours.

M. Noquet répond que cette thèse peut être soutenue; cependant, il est partisan du sirop de Gibert.

Il dit que, dans certains cas, après avoir eu recours à l'iodure de potassium, sans aucun résultat, on employa le sirop de Gibert, et celui-ci fut très efficace.

M. Moure (de Bordeaux) est convaincu que le malade de M. Noquet avait de la scrofule de la gorge en même temps que de la syphilis. Il a été à même d'en observer plusieurs cas dans lesquels le traitement spécifique uni au traitement anti-scrofuleux, lui avait donné des guérisons rapides. Ainsi, dans un cas de perforation du voile du palais, il conseilla l'usage du sirop de Gibert, des attouchements et des gargarismes à la teinture d'iode (formule de Mandl modifiée; et huit jours après, il obtenait une guérison.

Il est parfois difficile de savoir si un malade a de la scrofule, de la syphilis, ou un mélange de scrofule et de syphilis.

M. Bayer. C'est alors qu'il faut examiner les dents.

M. Moure (de Bordeaux). Un seul de mes malades a présenté les caractères des dents syphilitiques.

M. Gellé vient d'observer une série de malades analogues à celui de M. Noquet; il est aussi de l'avis de ceux qui croient que le diagnostic de syphilis ou de scrofule est parfois très diffile à porter. Ainsi, tel est le cas suivant : Il s'agit d'une petite fille de sept ans, que je rencontrai à un dîner. Sa voix était nasillarde, ses amygdales grosses et ses ganglions du cou hypertrophiés. Pendant la nuit, elle ronflait et asphyxiait même. Sur ses amygdales, on remarquait une secrétion puriforme qui s'écoulait continuellement le long de la face postérieure de la luette : cette sécrétion avait une odeur fadace. Les oreilles ne présentaient rien d'anormal. Les parents me dirent qu'elle ne mouchait jamais. Il y avait déjà cinq ou six mois qu'on la traitait pour de l'anémie. Un ami de la famille que j'avais prévenu, la fit conduire chez M. le docteur Besnier, qui prescrivit du sirop de Gibert et des attouchements à la teinture d'iode Ce traitement a donné un bon résultat et aujourd'hui, la malade va beaucoup mieux. M. Gellé pense que cette enfant avait de la syphilis tardive. Son frère cadet était bien portant.

M. Moura (de Paris) est aussi partisan du sirop de Gibert. Après avoir employé le mercure seul, soit en pommade, soit à l'intérieur et l'iodure de potassium, il a vu qu'il était préférable d'avoir recours au sirop de Gibert, jusqu'à la salivation. L'action de ce médicament est beaucoup plus rapide dans ses effets et dès le dixième ou le douzième jour, on peut s'apercevoir déjà de l'amélioration de la maladie. L'iodure agit surtout sur le système ganglionnaire; il est antilymphatique. Quelquefois, ce sirop est mal supporté par l'estomac; dans ce cas, on donne, avec avantage, un petit verre de cognac après la cuillerée de sirop de Gibert.

M. Cadier emploie également le sirop de Gibert; il le donne à doses progressives, par demi-cuillerées tous les deux jours, jusqu'à deux cuillerées et demie. Le septième et le huitième jour, le malade cesse son médicament, se purge et prend un bain de vapeur pour reprendre ensuite le traitement de la même manière.

M. Moura (de Paris) conseille d'employer également la purgation après que son malade a fait usage de 150 grammes de sirop de Gibert.

M. Menière revient sur l'affection auriculaire du malade de M. Noquet; il ne croit pas que ce soit une vraie otite moyenne.

M. Gellé dit que c'est plutôt une affection de la trompe d'Eustache.

M. Noquet conclut qu'il a cru à de la syphilis à cause de l'ulcération et des lésions dentaires que présentait son malade; c'est pour cela qu'il a conseillé l'usage du sirop de Gibert.

(A suivre.) *Le Secrétaire,*

J. Baratoux.

Revue Bibliographique.

Manuel pratique de laryngoscopie et de laryngologie

Par le Dr Poyet

Le Manuel pratique de laryngoscopie et de laryngologie, de M. Poyet, venant après le *Manuel pratique des maladies de l'oreille*, de M. Guerder, achève de combler une lacune dont

pouvaient se plaindre les médecins peu familiers avec les progrès réalisés dans ces deux branches par les spécialistes. Les gros ouvrages didactiques se lisent difficilement ; un exposé clair et succint, tout en formulant les théories les plus nouvelles, les méthodes de traitement qui ont donné dans leur pratique aux savants autorisés les meilleurs résultats, est toujours goûté et accepté par le monde médical.

C'est le cas pour le *Manuel* de M. Poyet. Ce qu'il importe de bien connaître dans la pratique courante s'y trouve condensé en un petit volume de 380 pages (1).

Nous aurions souhaité voir donner plus de développement à la partie bibliographique. Mais cette légère critique n'est qu'une critique de détail.

Description des appareils d'éclairage, modes d'éclairage par réflexion, miroirs laryngiens, technique laryngoscopique remplissent les premières pages. A propos de l'application des miroirs laryngiens nous ne saurions trop insister sur la nécessité de tenir le miroir en plaçant l'index et le médius en dessous du manche et le pouce par dessus, au lieu d'en faire usage, comme le disent la plupart des auteurs, à l'instar d'une plume à écrire, mode qui nous vient d'Allemagne et d'Angleterre où les miroirs sont autrement disposés sur leur tige que chez nous.

L'anatomie du larynx trouve sa place dans la description de l'image laryngoscopique.

Vient ensuite la nomenclature des instruments indispensables au laryngoscopiste.

Ce préambule obligatoire achevé, l'auteur aborde la pathologie même du larynx à laquelle est consacrée la majeure partie de l'ouvrage.

L'étude de la laryngite catarrhale aiguë, de la laryngite catarrhale chronique, surtout celle de la phtisie et de la syphilis laryngées, occupent d'importants chapitres. Signalons en passant cette déclaration, que la pratique confirme, que les ulcérations tuberculeuses du larynx, si elles sont peu nombreuses, peuvent, par un traitement local, arriver à cicatrisation.

Le cancer primitif du larynx, les scrofulides, les œdèmes, les paralysies, les névroses de cet organe forment un autre

(1) Octave Doin, libraire-éditeur, Paris.

groupe de lésions classées et caractérisées. Les polypes, les plaies, les fractures, les corps étrangers du larynx forment, pour ainsi dire, la partie chirurgicale du manuel dont elle est la dernière.

Analyser chacune des affections dont nous venons de citer les noms, n'est guère possible. Ce serait résumer un résumé. Le lecteur aura tout avantage à se reporter à la lecture complète; nous lui assurons que ce ne sera pas nne perte de temps, au contraire.

Dr J. L.

Résumé du second exercice de l'Institut oprératoire et thérapeutique de l'Hopital de la Princesse *(Resēna del segundo Ejercicio del instituto de terapeutica operatoria del hospital de la Princesa).*

Par don Rubio, don Ariza, y don Buissen.

Les médecins de l'Institut de l'hôpital de la Princesse, de Madrid, ont l'habitude de publier les observations des cas pathologiques les plus intéressants de leurs services en volumes. Celui de l'année 1882 (1) fait par les docteurs Rubio, Ariza et Buissen est à moitié rempli par des études cliniques sur la laryngologie et l'otologie. Aussi sommes-nous heureux d'en dire quelques mots.

Ces observations sont prises avec assez de soin et en assez grand nombre pour pouvoir être groupées et suivies de considérations générales.

Tels sont les cas de laryngites folliculaires et catarrhales ; celles-ci ayant surtout le caractère chronique, car les laryngites aigues attirent trop peu de temps l'attention du malade pour être l'objet d'un traitement spécial.

Des cas de laryngites hyperhestésiques, de phtisie laryngée sont relatés. Nombre d'observations de paralysies des divers muscles du larynx également ; les cliniciens rendent ici hommage à l'efficacité du traitement électrique.

En otologie, les cas observés se composent d'otites externes, d'otites moyennes suppurées avec ou sans complications,

(1) Resenà del secundo ejercicio del instituto terapeutica operatoria del Hospital de la Princesa, Madrid, 1882.

d'otites moyennes sèches, de scléroses de la caisse, et enfin, d'otites internes.

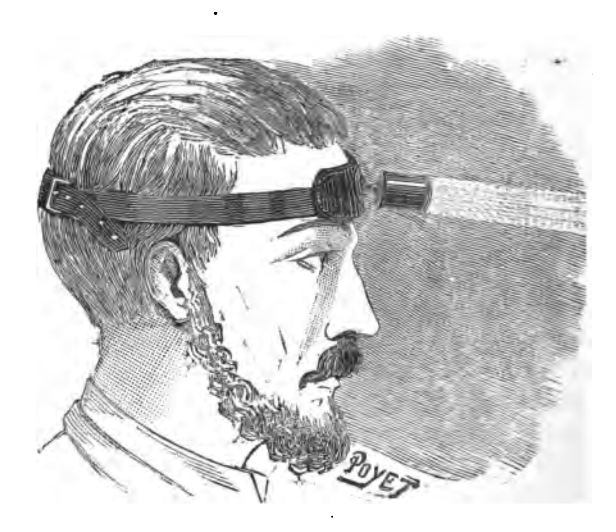
Les observations laryngologiques et otologiques sont précédées d'nn exposé de méthodes d'examen direct de l'organe de la voix et de celui de l'ouïe, des modes d'exploration de l'un et de l'autre. On voit, au détail de la description, que les auteurs connaissent les difficultés du manuel opératoire.

Nous ne saurions trop les féliciter de la persévérance avec laquelle ils se livrent à la vulgarisation des procédés en honneur à l'étranger.

Dr J. L.

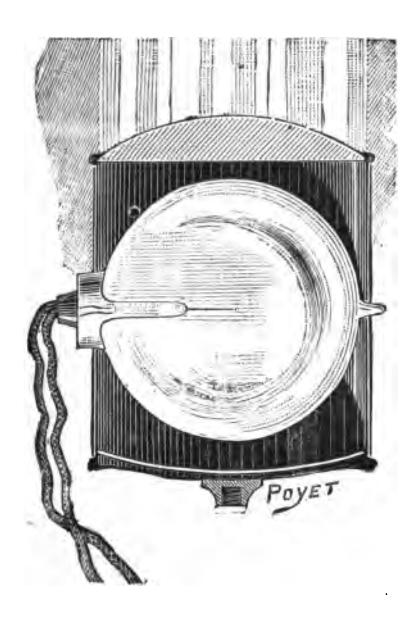
NOUVEAUX INSTRUMENTS

M. Dujardin-Baumetz, a présenté à l'Académie de médecine dans la séance du 17 avril 1883, un *Photophore électrique frontal*, au nom de M. Paul Helot, chirurgien, chef des hôpitaux de Rouen et de M. G. Trouvé.



Cet appareil d'éclairage médical se compose d'une lampe à incandescence dans le vide, comprise dans un cylindre métallique entre un réflecteur et une lentille convergente.

L'appareil peu volumineux et très léger s'applique sur le front et produit une lumière très intense, dont on peut faire varier le champ par un léger déplacement de la lentille. La lumière se trouvant dans l'axe des yeux, accompagne pour ainsi dire le regard de l'opérateur, qui n'a pas à s'en occuper.



La source d'électricité est la pile au bi-chromate de potasse, sur-saturée de M. G. Trouvé. Elle peut, sans être rechargée, fournir un grand nombres d'heures de travail, soit d'une façon continue, soit à des intervalles aussi longs qu'on voudra.

Ce puissant appareil d'éclairage peut trouver son application dans un grand nombre de circonstances, qu'il s'agisse d'éclairer un champ opératoire profondement situé, ou des cavités naturelles comme la bouche, la gorge, les oreilles, le vagin, etc.

Les auristes et les laryngologistes auront fréquemment l'occasion d'employer cet instrument, dont la lumière parfaitement blanche, n'altère en rien la couleur des tissus.

Ajoutons qu'il est facile, si on le désire, de transformer

le photophore frontal en appareil fixe, prenant son point d'appui au moyen d'un support sur un meuble quelconque.

Revue de la Presse

Contribution à l'étude de la morphologie du pharynx, par F. Rückert, assistant à l'Institut anatomique de Munich. — Dans un travail que l'auteur a fait sur l'anatomie comparée du pharynx, il constate les faits suivants qui gagnent en intérêt quand on considère leur importance pour la nuance du ton de la voix et pour la formation du son, ce qui fait que le pharynx de l'homme remplit le rôle d'agrandir le larynx.

Le signe le plus frappant du pharynx du premier mammifère venu (à l'exception de quelques singes d'espèces supérieures) est le rapport mutuel de position entre le voile du palais et le larynx. Tandis que chez l'homme ces deux parties sont placées l'une au-dessus de l'autre, de manière à ce qu'il reste entre elles un espace libre (portion ovale du pharynx), ces deux mêmes parties chez le reste des mammifères sont rapprochées de telle sorte que la cavité en question est complètement supprimée.

Le voile du palais n'ayant pas de luette descend en bas jusqu'à la base de l'épiglotte et l'entoure de son bord postérieur concave découpé. La partie libre de l'épiglotte s'élève donc non dans la cavité buccale, mais bien dans la cavité nasale dans laquelle s'ouvre seule la cavité laryngée.

Cette disposition de l'orifice du larynx dans la cavité pharyngo-nasale se laisse ramener à deux causes : ou bien le voile du palais et toute la portion nasale du pharynx est plus longue que celle de l'homme, ou bien le larynx s'est avancé vers les deux parties se rapprochant de l'extrémité postérieure de la partie faciale du crâne. En effet, chez aucun des animaux examinés, le larynx ne s'étend comme chez l'homme en profondeur jusqu'à l'extrémité inférieure de la sixième vertèbre cervicale. Quant au voile du palais des mammifères, il est toujours en rapport direct avec la position du larynx et avec la longueur du pharynx, c'est-à-dire qu'à

un pharynx court est adapté un voile du palais court et réciproquement.

L'homme seul possède, avec un pharynx assez long, un voile du palais particulièrement court.

Le caractère de la partie laryngée, chez les mammifères, est de passer brusquement à la partie nasale.

Le pharynx des mammifères supérieurs subit une transformation dans sa construction typique, en ce sens qu'il se forme entre l'entrée du larynx d'un côté et le voile du palais, les arcs palatins postérieurs de l'autre, un espace qui met le larynx en communication non seulement avec la cavité nasale, mais aussi avec la cavité buccale.

Cette supériorité de formation se trouve affirmée par les fonctions physiologiques : tandis que la cavité nasale représente à l'origine la seule voie aérienne et le seul tuyau sonore (tuyau d'allonge) de l'appareil vocal, la cavité buccale, n'étant d'abord qu'une simple voie alimentaire, devient, chez les animaux supérieurs, par le fait même que le larynx s'ouvre en même temps dans la cavité orale, une voie aérienne et un tuyau sonore (d'allonge) du larynx. Et, comme telle, elle remplit chez l'homme un rôle supérieur que les parois rigides de la cavité nasale ne pourraient remplir : celui d'appareil pour la parole.

En ce qui concerne l'acte de déglutition, les faits acquis par l'anatomie comparée confirment la manière de voir de Schmidt, de Francfort, qui a trouvé, après les observations multiples faites sur l'homme vivant, que les aliments, en général, passent, non pas au-dessus de l'épiglotte abaissée, mais à côté de cet opercule par les gouttières pharyngo-laryngées.

Après avoir passé en revue l'appareil musculaire du pharynx, l'auteur conclut que le développement en espace du pharynx de l'homme est proportionnel à la distribution musculaire qui rend cet organe moins apte au mécanisme grossier de la déglutition des autres mammifères. (*Monasstchrift fur Ohrenheilk.*, *etc.*, nº 5 et nº 6, 1882.)

L. B.

Epistaxis, hémorrhagie par le canal lacrymal. — M. S., âgé de cinquante ans, atteint d'une affection mitrale et d'albuminurie, vint consulter le docteur Hoadley Gabb pour une

épistaxis de la narine droite ayant débuté pendant une quinte de toux. L'hémorrhagie fut facilement arrêtée par le tamponnement des fosses nasales antérieures. Deux ou trois heures plus tard, l'épistaxis apparut de nouveau sous l'influence d'une nouvelle quinte de toux, et le messager envoyé raconta au médecin traitant que le sang sortait par le nez et *par les yeux*; ce dernier put, du reste, constater l'existence d'un écoulement sanguin par le canal lacrymal du côté droit. L'œil était complètement rempli de sang que le malade épongeait avec son mouchoir; l'hémorrhagie oculaire cessa lorsque l'épistaxis fut arrêtée. (*Brit. med. journ.*, 14 avril 1883.)

Tumeur sarcomateuse des fosses nasales. (Hôpital Necker). — Le malade porteur de cette lésion est un homme du service de M. Trélat, vigoureux, bien portant, âgé de soixante-trois ans.

Le début de la maladie remonte à deux ans et a eu pour caractéristique des épitaxis abondants et répétés qui ont ensuite été suivis de suppuration muco-purulente.

La tumeur, d'abord d'un petit volume, a fini par distendre l'aile du nez, amener une tuméfaction de la région du canal nasal, un abcès et des trajets fistuleux, obstruer suffisamment la narine pour empêcher le malade de souffler par cette voix.

L'examen microscopique a démontré l'existence de tissu conjonctif embryonnaire et confirmé le diagnostic de sarcome.

M. Trélat se propose d'enlever la tumeur en deux fois. (*Gazette des Hôpitaux*, nº du 6 mars 1883).

De la pilocarpine dans le traitement de la diphterie. — Voici au sujet de ce mode de traitement, qui a été préconisé dernièrement, l'opinion de MM. Masséi et Somma.

Sur huit cas recueillis, M. Massei a eu quatre guérisons, quatre morts et encore du détail des observations il ressort que dans les cas graves l'influence de la pilocarpine a été nulle. En outre pour proscrire l'usage de cet agent thérapeutique il s'appuie sur les raisons suivantes :

La guérison de l'angine couenneuse n'est pas assurée par l'élimination de la fausse membrane. Pendant que les membranes se détachent et se reproduisent spontanément l'infection continue sa marche. La médication topique a pour excellent résultat d'empêcher la décomposition sur place des

fausses membranes, laquelle pourrait favoriser l'infection; mais ce résultat s'obtient par les dissolvants vapeur d'eau, eau de chaux, acide lactique, bromure) qui n'ont pas d'autre part les inconvénients de la pilocarpine;

La guérison de l'infection diphtérique ne repose pas sur l'élimination de son virus par la peau.

L'élimination de la fausse membrane par la salivation reste un fait problématique.

M. Gomma est également convaincu que dans l'angine couenneuse la pilocarpine n'a aucune action. *(La thérapeutique contemporaine médicale et chirurgicale*, n° du 21 février 1883.)

Carie du rocher droit. Destruction du nerf facial dans son trajet intra-osseux. Altération du cervelet. Paralysie de la face et la faiblesse de l'équilibration; mort, par M. le Dr Aufrey. — Un charpentier âgé de cinquante ans, père de trois enfants bien portants, est atteint d'une paralysie du facial, avec tous les signes distinctifs de cette affection: affaissement de la commissure, immobilité de la paupière supérieure, écoulement des larmes sur la joue. L'oreille droite est le siège d'un écoulement abondant de pus séreux fétide. D'où le diagnostic de paralysie faciale, consécutive à une altération du rocher.

L'injection d'un liquide par la trompe, après cathéterisme amène un rejet de ce liquide par l'oreille et vice versa; ce qui amène à affirmer la perforation du tympan. Affirmation confirmée par l'examen direct; on perçoit également la présence d'un sequestre.

Au niveau de la jonction du bord postérieur du palatin avec le voile du palais on constate une perforation.

Le malade soumis à des lavages, à un régime, s'améliore et sort de l'hôpital.

Il revient quelques jours après dans un état de maladie plus avancé. Suppuration de l'oreille abondante, augmentation de la perforation de la voute palatine, altération de l'œil sous l'influence du contact des poussières peut-être de l'altération du ganglion de Gasser, enfin vertiges incessants.

Le malade succombe huit jours après.

A l'autopsie on trouve, au niveau de la partie moyenne du rocher, une masse informe, isolée des parties voisines et

constituée par des fragments d'os nécroisés, agglutinés par le pus concrété; ces sequestres sont formés aux dépens de l'apophyse mastoïde et du rocher. Le trajet du facial a disparu dans la nécrose osseuse. Le ganglion de Gasser est sain.

Les circonvolutions cérébrales sont altérées au niveau de la partie moyenne de la face infero-interne du lobe temporal. Le cervelet présente une altération analogue dans sa partie antéro-interne et spécialement dans les points en contact avec le rocher et la fosse cérebelleuse droite. Il est à remarquer que les fibres de l'acoustique pénétrent dans la partie interne du pedoncule cérébelleux inférieur et gagnent le cervelet. L'altération siégeant dans ces parties, on a l'explication des troubles d'équilibration. (*Progrès médical* n° du 7 avril 1883.)

NÉCROLOGIE

Krishaber

M. le docteur Krishaber, laryngoscopiste bien connu, vient de succomber tout récemment aux suites de la fièvre typhoïde.

Né le 3 avril 1836, à Feketchegy (Hongrie), Maurice Krishaber, commença ses études médicales à Pesth, où il suivait en 1857 les expériences de Czermak qui faisait alors ses premiers essais de laryngoscopie. Peu de temps après il suivait à Vienne l'enseignement de Turck, et venait enfin terminer ses études médicales à Paris où il prenait le grade de docteur en présentant une thèse sur le *Développement de l'encéphale* (31 août 1864).

Naturalisé Français en 1872, il se fixa à Paris où il n'a cessé de produire une série de mémoires variés sur la physiologie, la médecine générale et surtout sur la pathologie spéciale du larynx.

Il collabora avec le professeur Peter pour faire dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, l'article Larynx (1868), avec le professeur Ball pour faire le chapitre Pathologie du cerveau (1873), avec Baillarger pour étudier le crétinisme et le goître endémique dont il reprit l'étude récemment (1882). C'est encore dans ce dictionnaire qu'il fit paraître ses recherches sur les névropathies cérébro-cardiaques.

En 1875, il fondait avec Isambert et M. Ladreit de la Charrière, les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, dans lesquelles il publia de nombreux et d'intéressants travaux. (*Laryngopathies dans les premières phases de la syphilis. Étude sur le cancer du larynx. Du vertige laryngé*, etc., etc.).

Ajoutons que Krishaber a remis en honneur la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, délaissée depuis longtemps et qu'après avoir été l'ennemi du galvano-cautère, il devint un des plus ardents défenseurs de la trachéotomie par le thermo-cautère.

En résumé, on ne peut qu'être frappé de la faculté de production que possédait Krishaber et si toutes ses œuvres n'étaient pas toujours absolument originales, il a puissamment contribué à vulgariser l'étude des maladies du larynx, science bien jeune encore et qui vient de perdre un de ses plus fervents disciples.

V. Bruns.

Victor Bruns, professeur de chirurgie à la faculté de médecine de Tubingen, est mort le 19 mars dernier à l'âge de soixante-et-onze ans, après avoir professé pendant quarante ans.

Bruns a également publié des travaux importants sur les maladies du larynx, et parmi les plus connus, nous signalerons son mémoire sur les polypes du larynx *(Polypen des Kelhkopfes)* son traité de Laryngoscopie et de chirurgie laryngienne *(Die Laryngoscopie und Laryngoskopische chirurgie* 1865 et 1874), et enfin son mémoire sur le galvano-cautère *(Die golvano Kausticken apparate, und Instrumente, ihre Handhabung und awendung* 1878.)

Bruns a en outre publié d'intéressants travaux sur la chirurgie en général.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Nez.

Jarvis. — Un nouveau spéculum du nez. *(The med. Rec.* 7 Avril 1883).

Lucas (Clément). — Ozène dû à la présence de corps étrangers (*Med. Times und Gaz.*, 31 Mars 1883.)

Masséi. — Encore sur la résorcine dans l'ozène *(Arch. Ital. de Laryng.*, fasc. 4. 15 Avril 1883).

Larynx.

Ariza. — Une visite à la policlinique de laryngologie de l'université de Séville. (*Annales de Otolog. y Laryngol.*, n° 4 Avril, 1883).

Ariza. — Des indications de la trachéotomie dans les laryngites chroniques, importance de l'examen laryngoscopique (*El siglo medico*, 22 Avril 1883).

Krishaber. — Deux cas de cancer du corps thyroïde (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, n° 1. Mars 1883.)

Massei. — Sur un cas de paralysie bilatérale des crico-aryténoïdiens postérieurs d'origine musculaire (*Arch., Ital., die laryngol.*, fasc. 4, 15 Avril 1883).

Masini. — Modification de l'excitateur intra-laryngée de Mackensie, à propos d'un cas d'aphonie hystérique. (*Arch. Ital. die laryng.* fasc. 4, 15 Avril 1883).

Zawerthal. — Sur les principales et fréquentes raisons de la perte de la voix chez les artistes et les orateurs (*Arch., Ital., di Laryngol.*, fasc. 4, 15 Avril 1883).

Oreilles

Berthold. — Nouveaux examens sur l'influence du trijumeaux et du sympathique sur l'oreille. (*Zeitsch., fur Ohrenh.*, 15 Mars 1883).

Blau. — Communication sur les maladies de l'oreille externe et moyenne. *(Arch. f. Ohrenh. 19e Band. 4 H.*, 15 Mars 1883.)

Buck (Albert). — Ostéite condensante de l'apophyse mastoïde. (*The. med. Rec. N. Y.*, 1er Mars 1883.)

Burkner. — Trois cas de maladies mortelles de l'oreille suivis d'une contribution à l'étude de l'anatomie pathologique de l'oreille. (*Arch., f. Ohrenh.*, 15 Mars 1883)

Debove. — Du rétrécissement primitif de l'œsophage et de son traitement. (*Soc méd. des hôpit.*. 13 avril 1883).

Eitelberg. — De l'influence du traitement d'une oreille sur l'oreille opposée laissée sans traitement. (*Zeitsch., f. Ohrenh.*, 15 Mars 1883).

G. C.-H. — Compte-rendu de la Société Américaine d'otologie. (*Améric. journ. of. méd., sc.*, Avril 1883).

Henry T. Butlin. — Carcinome de l'œsophage; Gastronomie, guérison de l'opération; mort trois semaines et demi après. (*Brit. med. Jour.*, 14 Avril 1883.)

Holmes. — Extraction des corps étrangers du conduit auditif externe (*The med. Rec. N. Y.*, 24 Février 1883).

Jacquemart. — Observation d'un cas de fracture du rocher discussion du diagnostic (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx* nº 1, Mars 1883)

Jacobson. — Remarques sur l'extirpation complète de la langue avec les ciseaux, par la méthode de Whitehead (*The Lancet*, 14 Avril 1883.)

Jordan Lloyd. — Gommes de la langue dans la sypbilis héréditaire (*Brit. med. Journ.*, 14 Avril 1883.)

Kirchner. — Fracture du temporal dans un cas de lésion de la tête (*Arch., f. Ohrenh.*, 15 Mars 1883.)

Knapp. — Un caslde surdité double après les oreillons. (*Zeitsch., f. Ohrenh., XII Band.*, 15 Mars 1883).

Mackensie-Boath. — Des accumalutions de cérumen dans le conduit auditif. (*The Lancet*, 10 Mars 1883).

Messiter. — Hémorrhagie de l'amygdale; ligature de la carotide primitive; Guérison. (*Brit. méd. Journ.* 7 Avril 1883).

Mopurgo. — Contribution à l'étude de la pathologie et de la thérapeutique des perforations de la membrane de Schrapnell. (*Arch. f. Ohrenh.*, 15 Mars 1883.

Moos.—Communication névro-pathologiques. (*Zeitsch., f. Ohrenh., XII Band., 2e et 3e Heft.*, 15 Mars 1883.)

Moos et Steinbrugge. — Sur les modifications secondaires du labyrinthe à la suite d'un catarrhe purulent chronique, de l'oreille moyenne. (*Zeitch., f. Ohrenh., XII Band., 2e et 3e Heft.*, 15 Mars 1883)

Rattel. — Essai d'histoire et de bibliograhie sur la vie, l'époque et les travaux de nos vieux maîtres en otologie (*Ann. des mal. de l'oreille et du lar.*, nº 1 Mars 1883).

Schwartze. — Deuxième série de cinquante cas de trépanation de l'apophyse mastoïde. (*Arch. f. Ohrenh. 19e Band. 4 H.*, 15 Mars 1883.)

Siebenmann. — De l'aspergillus flavus; niger et fumigatus ; Euratium repens (et aspergillus glaucus) et de leur rapport avec l'otomycosis aspergillina. (*Zeitsch., fur Ohrenh.*, 15 Mars 1883).

Sojo. — Traitement des suppurations de l'oreille moyenne (*Annales de Otologia y Laryngologia*, nº 4, Avril 1883.)

Steinbrugge. — De la membrane de Reissner dans le limaçon humain. (*Zeitsch. f., Ohrenh.*, 15 Mars 1883).

Varia

Allen (Charles).— Blessure du cou par un coup de feu. Perforation de l'œsophage. Guérison. (*Brit. méd Journ.* 31 Mars 1883).

Finger. — De la tuberculose miliaire de la muqueuse de la bouche (*London med. Rec.*, 15 Avril 1883).

James. L. Little. — Cinq trachéotomies suivies de succès dans des cas de croup (*The Lancet*, 31 Mars 1883).

Roe. — De l'œsophagotomie interne (*London med. Rec.*, 15 Avril 1883).

Rushon Parker. — Rétrécissement du pharynx par une tumeur maligne, spasme de la glotte, trachéotomie, gastrotomie (*Brit. med. journ.*. 24 Mars 1883).

Woakes. — Une nouvelle théorie sur la diphthérie (*London med. Rec.*, 15 Avril 1883).

Le propriétaire-gérant, Dr E. J. Moure.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER, rue Cabirol, 16.

4e ANNÉE. N° 6. 1er JUIN 1883.

REVUE MENSUELLE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

SOMMAIRE. — **Travaux originaux** : Sur un nouveau cas de laryngite sèche avec amas de mucosités simulant un pont membraneux du larynx ; paralysie nerveuse concomitante, par le Dr E. J. MOURE. — Du rôle de la portion libre de l'épiglotte et des fossettes glosso-épiglottiques ; contribution à l'étude de la déglutition, par le Dr H. GUINIER, de Cauterets. — Compte-rendu de la Société française d'Otologie et de Laryngologie. — **Revue Bibliographique** : Du vertige de Ménière dans ses rapports avec les lésions des fenêtres ovale et ronde, par le Dr GELLÉ. — De la tuberculose dans ses manifestations du côté du larynx, par le Dr SOLIS-COHEN. — **Revue de la Presse.**

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur un nouveau cas de laryngite sèche avec amas de mucosités simulant un pont membraneux du larynx; paralysie nerveuse concomitante.

Par le Dr E. J. MOURE (1).

Au mois de Mars dernier (1882), le docteur Hunter Mackensie publiait dans le *British médical journal* (n° du 4 mars 1882), sous le titre de « Laryngite sèche accompagnée d'aphonie simulant l'hystérie » *(Case of laryngitis sicca, with aphonia simulating hysteria)*, l'observation d'une femme âgée de vingt-deux ans chez laquelle l'examen laryngoscopique révéla la présence de mucosités noirâtres, épaisses et visqueuses recouvrant l'intérieur du larynx et surtout les cordes vocales.

L'ablation de ce mucus à l'aide d'une éponge suffit pour rendre la voix à la malade.

(1) Communication faite à la Société Française d'Otologie et de Laryngologie (séance du 23 Mars 1883).

Quelques mois plus tard, en Septembre (1882) (1), je publiais moi-même sur ce sujet, un article dans lequel je rappelais l'observation de mon confrère d'outre-Manche. Je faisais observer en même temps que la laryngite sèche différait par la plupart de ses symptômes de la laryngite chronique simple habituelle et coïncidait presque toujours avec la pharyngo-rhinite atrophique (pharyngite sèche, concrétions muqueuses des arrière-fosses nasales, de certains auteurs) dont elle n'était que la propagation au larynx.

Depuis cette époque, j'avais eu plusieurs fois l'occasion d'observer cette même maladie, et plusieurs fois déjà j'avais guéri ou, tout au moins, amélioré des aphonies par un simple nettoyage du larynx à l'aide de ouate imbibée d'une solution au chlorure de zinc (au 1/50) ou de solution Iodo-iodurée.

Je ne serais probablement pas revenu aujourd'hui sur ce sujet, si je n'avais eu tout récemment l'occasion d'observer un fait un peu plus compliqué que les précédents et qui m'a paru assez intéressant pour mériter de vous être communiqué :

OBSERVATION

Au commencement du mois de Mars (1er) Mlle M..., des environs de Bordeaux, me fut adressée par son médecin habituel pour une aphonie persistante.

En vain les traitements les plus variés (antiphlogistiques, dérivatifs généraux et locaux) avaient-ils été employés, l'aphonie avait résisté à toute sorte de médication.

La malade, âgée de quatorze ans, bien réglée, ayant un aspect général très satisfaisant, me raconta que trois autres fois déjà, elle avait eu des aphonies survenues subitement et ayant toujours disparu après quinze jours ou un mois de traitement.

Cette fois elle avait été tout d'abord enrouée, et ce n'est que peu à peu que s'était établie l'aphonie, depuis plusieurs jours déjà *la respiration elle-même était gênée*, la malade toussait (toux absolument aphone) mais il n'existait pas d'expectoration.

(1) *Revue mens. de laryngol. et d'otol.*, nº 9 (Septembre 1882).

A l'examen, voulant connaître la cause de l'aphonie, je négligeais tout d'abord d'examiner le pharynx et fis une application du miroir laryngien, que la malade supporta assez mal, à cause des réflexes que produisait cette petite manœuvre. A une deuxième application, la malade ayant pris un peu de confiance et se livrant un peu plus, je pus voir l'intérieur du larynx et voici ce que je constatais :

Pendant la phonation, au moment où la malade essayait d'émettre la voyelle E, au lieu de se rapprocher de la ligne médiane, les deux cordes vocales restaient immobiles sur les côtés du larynx et leurs bords étaient légèrement ondulés et concaves en dedans, le muscle postérieur (ary-aryténoïdien) était paralysé car les cordes restaient également écartées vers la région aryténoïdienne.

De plus, au niveau du tiers antérieur des cordes vocales, existait une sorte de pont membraniforme d'aspect grisâtre, s'étendant d'une corde vocale à l'autre, et obstruant d'une manière absolue au moins le tiers antérieur de l'orifice glottique. Le bord libre de cette sorte de membrane était nettement concave en arrière, c'est-à-dire vers son bord libre. Enfin, vers la partie postérieure de la corde vocale inférieure gauche, existait une masse grisâtre polypiforme, mais un peu irrégulière à sa surface, qui néanmoins rappelait plutôt une mucosité qu'un polype.

Je dois avouer que tout d'abord je fus un peu embarrassé ; j'avais bien devant moi l'explication de l'aphonie et de la gêne respiratoire éprouvées par la malade, mais la mère de la jeune fille m'ayant affirmé que ce dernier symptôme n'avait pas toujours existé, qu'autrefois sa fille respirait et parlait très librement, je m'expliquais difficilement le mode de formation d'un pont membraneux à ce niveau et surtout son apparition aussi rapide.

De nouvelles applications du miroir ne firent que confirmer ce que je venais de voir, j'essayais de faire tousser la malade, ce dont elle s'acquittait du reste fort mal, mais la toux n'apportait aucun changement à l'état du larynx. Désirant alors me rendre un compte un peu plus exact de la nature réelle de la lésion que j'avais sous les yeux, je me disposais à porter dans le larynx l'électrode laryngien simple dont je voulais me servir d'abord comme d'une sonde et ensuite pour guérir

la paralysie vocale que je considerais de prime-abord comme étant d'origine nerveuse.

C'est alors qu'avant d'introduire l'électrode dans le larynx, j'examinais le pharynx, je trouvais ce dernier absolument tapissé de mucosités verdâtres, très épaisses, formant de véritables croûtes qui remontaient derriere la luette, jusque sur le pharynx nasal et la partie postérieure des cornets. Les fosses nasales ne contenaient point de mucosités analogues, mais il était facile de voir à l'atrophie considerable de la muqueuse de cette région que la malade avait dû moucher peu de temps auparavant l'un de ces bouchons muqueux, comme il est si fréquent d'en observer dans ces formes de rhinites. L'interrogatoire de la malade vint du reste confirmer cette supposition.

Dès ce moment, je dois avouer que l'idée que j'avais eue de pont membraneux lors de mon premier examen fut assez fortement ébranlée. J'introduisis alors mon électrode dans le larynx de la malade et à peine eus-je touché la partie antérieure des rubans vocaux, que l'aspect laryngoscopique se modifia. Je n'avais plus sous les yeux un pont s'étendant d'une corde vocale à l'autre, mais de simples saillies d'un gris verdâtre, disséminées dans le larynx, sur les cordes vocales, les bandes ventriculaires et la muqueuse aryténoïdienne.

Après de nouvelles applications de l'électrode, les cordes vocales commencèrent à se mouvoir et la voix quoique faible devint néanmoins un peu meilleure. Je passais alors dans le larynx mon porte-ouate imbibé d'une solution au chlorure de zinc et priais la malade de revenir le lendemain subir une nouvelle séance d'électrisation.

Le lendemain la voix était encore très faible, bien peu timbrée, mais la toux était un peu moins aphone et plus facile. A l'examen je ne trouvais plus de trace de mucosités sauf au niveau des ventricules de Morgagni qui semblaient contenir encore une sorte de mucus visqueux et grisâtre; les cordes vocales se rapprochaient un peu de la ligne médiane, mais ne pouvaient pas se mettre en contact; de plus, elles étaient un peu rouges et dépolies.

Après quelques applications de l'électrode intra-laryngien, la voix reprit un timbre assez vibrant, mais enroué, fait qu'il était facile de s'exppliquer par la présence de l'état catarrhal des rubans vocaux.

Je fis alors un nouvel attouchement avec une solution de chlorure de zinc et renvoyais la malade à son médecin en priant ce dernier de me l'adresser de nouveau dans le cas où la guérison ne se maintiendrait pas.

Je conseillais l'application de l'électricité externe autour du larynx, un traitement sulfureux à l'intérieur et un gargarisme et des badigeonnages pharyngiens avec une solution Iodo-iodurée.

Le 21 Mars, le médecin traitant me faisait savoir que sa jeune malade parlait à haute voix, quoique toujours un peu enrouée. Je pourrais ajouter que je l'ai moi-même revue ces jours derniers, et j'ai pu constater que les cordes vocales se mouvaient très librement et avaient presque repris leur blancheur normale. L'état du pharynx lui-même était notablement amélioré.

Le cas précédent m'a paru intéressant, d'abord au point de vue de la coexistence d'une paralysie nerveuse et d'une laryngite chronique, fait qui n'est pas commun, puisque, d'une manière générale, dans les paralysies d'origine hystérique les cordes vocales conservent leur blancheur nacrée; ensuite l'existence de cette sorte de pont jeté entre les deux cordes vocales pouvait en imposer pour une véritable membrane peut-être congénitale ou plutôt cicatricielle dans le cas actuel.

Il est utile, je crois, de signaler cette disposition singulière que peuvent affecter dans quelques cas les mucosités sécrétées par la muqueuse laryngienne, mucosités dont le dépôt, sous forme de nappe à la surface et entre les cordes vocales, a été favorisé par l'inaction de ces dernières; s'étant accumulées tout d'abord à l'angle antérieur du thyroïde, elles ont dû gagner peu à peu la partie postérieure du larynx et à moitié desséchées sur place elles ont pu obstruer tout le tiers antérieur de l'orifice glottique et gêner en partie la respiration. Enfin la coexistence de la paralysie laryngienne et la toux aphone qui en était la conséquence expliquent comment ces mucosités ont pu séjourner pendant plusieurs jours à ce niveau sans être rejetées par la malade.

D[r] E.-J. Moure

Du rôle de la portion libre de l'épiglotte et des fossettes glosso-épiglottiques. — Contribution à l'étude de la déglutition.

Par le Dr H. Guinier, de Cauterets, agrégé libre.

C'est à tort que l'on divise le *mécanisme de la déglutition* en *trois temps*.

Dans le *premier temps*, en effet, la *bouchée* devient *bol* alimentaire en s'accumulant dans les fossettes glosso-épiglottiques. — Ce premier temps dépend donc uniquement de la *mastication* combinée avec l'*insalivation*.

Dans le *deuxième temps*, le *bol*, tout formé, franchit la distance qui sépare le bord libre de l'épiglotte de la cavité de l'œsophage. — C'est la *déglutition* proprement dite, c'est toute la *déglutition*.

Dans le *troisième temps*, le *bol* alimentaire parcourt le tube œsophagien. Il y commence sa marche paisible au travers des voies digestives, et chacun de ses pas est un acte organique dont nous n'avons pas conscience.

Au cours d'un repas, l'observation révèle les faits suivants :

A mesure de leur trituration et de leur insalivation, les aliments *diminuent de volume* dans la bouche ; la pulpe ainsi formée disparaît progressivement de la cavité buccale *sans être encore avalée*. Elle est, en effet, conduite par un mécanisme de succion de toutes les parties de la bouche jusque dans les fossettes glosso-épiglottiques, et elle s'y accumule comme sur un *palier d'attente*.

Ce transport de la pulpe alimentaire en cours de formation, de la bouche dans le sillon glosso-épiglottique, se fait à l'aide de la langue. — La langue agit sur la bouchée d'aliments de deux manières à la fois :

Par sa masse et par ses bords, elle concourt, avec les joues et les lèvres, à ramener et à maintenir entre les dents les portions non encore suffisamment triturées et insalivées;

Par sa masse et par son dos, elle presse contre la voûte palatine et le voile palatin les parcelles déjà transformées en pulpe; et elle les conduit, par une pression d'avant en

arrière, combinée avec un mécanisme de succion, jusque sur le palier d'attente glosso-épiglottique.

Cette pression avec succion est *permanente* pendant la mastication; et c'est pendant qu'elle s'exerce successivement sur chaque parcelle de la bouchée arrivée au degré voulu de transformation pulpeuse que s'opère, à l'aide de la *dégustation* et de l'*olfaction* combinées, la première reconnaissance de la *qualité alimentaire des substances ingérées.*

La pression de la langue contre la voûte et le voile refoule d'avant en arrière la portion la plus ramollie et la mieux insalivée de la bouchée en mastication, et la poussée se transmet jusqu'à la portion déjà arrivée contre l'épiglotte. Tant que cette pression ne dépasse pas une certaine limite, la résistance de la portion libre de l'épiglotte — (renforcée par la contraction progressive coïncidente de la portion supérieure du constricteur du pharynx et des piliers postérieurs, rétrécissant l'ouverture pharyngo-épiglottique jusqu'à son occlusion réelle) — suffit pour retenir le bol dans le sillon glosso-épiglottique où il s'accumule en y séjournant; mais si la pression augmente, il survient une *sensation spéciale.*

On éprouve au niveau de l'épiglotte une certaine sensation de gêne proportionnelle à la quantité de pulpe accumulée : c'est le *besoin de déglutir.* Ce *besoin* devient d'autant plus impérieux que la masse à déglutir est plus volumineuse et que la mastication est plus avancée.

Le besoin de déglutir doit être rangé dans les sensations musculaires spéciales, comme le besoin d'aller à la selle.

Ce *besoin,* comme toutes les *sensations* de ce genre, peut être plus ou moins maîtrisé. En effet, non-seulement on peut surseoir à l'introduction immédiate du bol, contrairement à l'assertion de presque tous les hommes spéciaux, non-seulement la déglutition peut être, à ce moment expérimentalement *retardée,* mais elle peut même être volontairement *refusée.* Une *excréation* suffit alors pour renvoyer au dehors le bol déjà parvenu contre l'épiglotte, comme, par exemple, quand il s'y rencontre une arête de poisson.

Si nous cédons à ce *besoin,* il se produit aussitôt involontairement une série de contractions réflexes dans tout

l'appareil de la *déglutition* proprement dite, et le *bol* franchit brusquement le *pharynx œsophagien* pour se précipiter dans l'œsophage.

C'est le *second temps* classique : c'est toute la *déglutition*, selon moi. (1)

Mais quel est ce *bol* ainsi disparu? Est-ce la bouchée tout entière en cours de mastication? Evidemment non.

Il faut bien observer, en effet, au cours d'un repas et avec des bouchées volumineuses, que nous n'avalons jamais *d'un seul coup* tout ce que nous avons introduit en une seule fois dans la bouche. Chaque bouchée d'aliments solides nécessite, au cours de sa mastication, plusieurs déglutitions *partielles*. Chacune de ces déglutitions entraîne seulement une portion dont la bouchée en trituration se trouve déjà diminuée, mais elle n'a aucune action *sur la portion encore en mastication*. Ce qui disparaît, c'est uniquement la portion de la bouchée déjà transformée en bol et cantonnée dans le sillon glosso-épiglottique. Après chacune de ces déglutitions partielles, nous continuons à mâcher les dernières portions les moins transformées de la bouchée primitive, jusqu'à ce que tout ait disparu, après transformation suffisante, par un nombre suffisant de déglutitions.

Ainsi, au moment où le *besoin de déglutir* apparaît, le *bol* a déjà dépassé l'*isthme du gosier;* il est parvenu contre le *bord libre de l'épiglotte;* il a déjà subi l'action du *dos de la langue*, de la *voûte palatine*, du *voile* et des *piliers*, et il est certain que l'*acte de déglutition n'est pas encore commencé*. — Tous les phénomènes observés jusque-là n'ont eu pour résultat que la formation du *bol*, la disposition de la masse pour une facile déglutition; ils n'ont encore agi que comme *phénomènes préparatoires de l'obligation de déglutir*. — Ces phénomènes appartiennent donc en propre à la *mastication*.

C'est pour avoir fait commencer trop haut le *second temps* que la plupart des physiologistes n'ont pu se mettre d'accord, ni bien voir le véritable mécanisme du *second temps*. L'intervention du *dos de la langue* et du *voile du palais* est discutée par tout le monde et expliquée par chacun d'une manière différente. On admet générale-

(1) Voyez : *Note sur la déglutition et le gargarisme*, etc., par H. Guinier. — *Revue mensuelle de laryngologie*, etc., 1880, p. 33.

ment que la *langue* et le *voile* compriment le *bol* réciproquement l'un sur l'autre *pendant le second temps;* mais cette compression est impossible à ce moment, *parce que le bol a déjà dépassé le voile.*

En réalité, le *bol* est pressé par la langue contre la voûte palatine, contre le voile et les piliers qui résistent, et cette pression fait cheminer le bol, non pas seulement vers l'isthme, mais *à travers l'isthme jusqu'à l'épiglotte*; et cet acheminement progressif, régulier, méthodique, du *bol naissant* s'opère *avant et non pendant* la déglutition, c'est-à-dire au cours de la *mastication.*

Le *pharynx anatomique* doit être divisé en trois portions distinctes : 1° un *pharynx nasal*; 2° un *pharynx buccal,* et 3° un *pharynx œsophagien.*

La physiologie, la pathologie et la thérapeutique trouvent chacune leur compte à cette division.

Le pharynx comprend ainsi trois étages ou chambres superposées :

1° Le *pharynx nasal* est l'étage le plus élevé. Il comprend toute la portion supérieure au voile du palais contracté et formant le plancher de séparation du pharynx nasal et du pharynx buccal.

2° Le *pharynx buccal* ou gosier est l'étage moyen. C'est le seul accessible à la vue directe, au fond de la bouche ouverte. Il comprend toute la cavité que limite, en haut, le voile palatin relevé, formant plafond; en bas, la base de la langue, la face linguale de l'épiglotte et le trou pharyngo-épiglottique. C'est le *gosier* proprement dit.

Le plancher du pharynx buccal est formé par la portion libre de l'épiglotte et par le rapprochement des parties molles circonvoisines, produisant le rétrécissement, et finalement amenant l'occlusion du trou pharyngo-épiglottique, comme cela s'observe au moment du début d'une déglutition d'un bol volumineux.

3° *Le pharynx œsophagien* est l'étage le plus inférieur. Il comprend toute la cavité sous-jacente à la portion libre de l'épiglotte, dans laquelle se trouvent l'ouverture vestibulaire du larynx et les gouttières latérales.

C'est à la porte épiglottique de ce pharynx œsophagien que le bol s'établit au cours de sa formation pendant la mastication, et c'est au niveau de l'étranglement ou

occlusion pharyngo-épiglottique que se produit surtout la sensation du *besoin de déglutir*.

L'*arrêt* du bol contre l'épiglotte et la coexistence d'un *besoin* avec cet arrêt n'est pas un fait isolé dans le mécanisme de la digestion.

Pendant la durée de la digestion stomacale, le *pylore* est fermé par la contraction de son sphincter, et ce sphincter ne s'ouvre que par moments pour laisser passer successivement les portions transformées en chyme dans le duodenum. Cette ouverture du sphincter se fait par action réflexe sous l'influence de l'excitation de la muqueuse qui le recouvre, excitation dont la nature est tout à fait inconnue.

Le *besoin de défécation* résulte aussi d'une excitation de la muqueuse rectale déterminée par la présence du *bol fécal* accumulé dans la potion inférieure du *rectum*.

L'arrêt du bol contre l'épiglotte représente l'arrêt du bol à l'état de chyme contre le sphincter du pylore, et l'arrêt du bol à l'état fécal contre le sphincter anal ; et la *défécation* est, à la sortie du tube digestif, l'analogue de la *déglutition* à l'entrée de l'œsophage.

Au pharynx, au pylore, au rectum, il y a analogie de mécanisme.

Arrêt de la masse alimentaire pour la transformation de la bouchée originelle, en bol dans le sillon glosso-épiglottique, en chyme au pylore, en excrément au rectum.

Obstacle à franchir sous forme de sphincter;

Accumulation progressive contre l'obstacle à mesure que la fonction s'accomplit;

Sensation organique de besoin pour la progression de la masse. — Ce besoin, perceptible au pharynx et au rectum, n'est pas perçu au pylore. Les mêmes motifs de sensation ne s'y rencontrent pas.

Au pharynx, la position anatomique de l'ouverture des voies respiratoires, au rectum, l'issue immédiate à l'extérieur, exigent quelques précautions. L'individu doit être prévenu par une *sensation* d'un acte qui l'expose, dans le premier cas, à l'asphyxie par la *déglutition de travers*, et qui le transformerait, dans le second cas, en un égout béant avec toutes ses conséquences. D'où le *besoin de dé-*

glutition au pharynx, et le *besoin de défécation* au rectum. — Le *besoin de déglutir* avertit de l'obligation du prochain passage des aliments au-dessus de l'entrée des voies respiratoires, et dispose nos organes pour l'accomplissement de ce passage dangereux, *en vue de la protection du larynx.* — Le *besoin de défécation* avertit de l'obligation de la prochaine sortie des matières fécales, et dispose nos organes pour l'accomplissement de cette sortie, en vue de la protection de l'organe cutané contre leur dangereux stationnement.

Ainsi, *obstacle* à franchir, *arrêt* de la masse à déglutir, *accumulation* de cette masse dans un réservoir d'attente, jusqu'à concurrence d'un volume déterminé par la capacité de la cavité à remplir, sensation organique d'un *besoin*, tels sont les phénomènes caractéristiques qui précèdent toute déglutition. Que, dans l'état ordinaire, le transport au travers de la cavité buccale de la pulpe en formation se combine normalement avec les premiers mouvements de la déglutition, c'est-à-dire que le mouvement de succion buccale auquel concourent la langue, la voûte et le voile palatins, les piliers, s'associe avec les mouvements immédiatement consécutifs de la déglutition proprement dite, à savoir : l'élévation de la base de la langue et du corps du larynx et le chevirement de l'épiglotte, la dilatation et l'action de ventouse de l'entrée de l'œsophage, cela n'est douteux pour personne. Mais il y a là deux ordres de phénomènes bien distincts qui, dans l'étude exacte des faits, méritent d'être séparés; leur distinction éclaire d'un jour spécial ce qui appartient en propre à la *déglutition* et ce qui appartient en propre à la *mastication*, et précise le mécanisme de chacune de ces fonctions.

Expérience. — Prenez une petite bouchée d'un aliment solide (du pain dur, par exemple) ; mâchez lentement en vous observant avec attention. Vous constaterez que la pulpe alimentaire ou bol naissant qui en résulte, *disparaît* totalement de la cavité buccale *avant* que le besoin de déglutir provoque sa *déglutition.*

Cette disparition de l'aliment de la bouche, préalable à toute déglutition, est très importante à observer. Elle est pro-

gressive ; elle se fait à mesure de la trituration et de l'insalivation de la bouchée.

Avec une attention suffisante, et après un exercice médiocre, on parvient à retarder assez l'obligation de déglutir pour se donner le temps d'inspecter au laryngoscope le point où se cache le bol disparu. On le retrouve invariablement, chez tous les sujets mis en expérience, cantonné et accumulé contre la face linguale de l'épiglotte, *dans les fossettes glosso-épiglottiques.*

Pendant tout le temps de l'expérience, on éprouve le *besoin de déglutir.*

Si la bouchée est petite, il est facile de retenir la déglutition, et l'on peut examiner les choses au laryngoscope.

Si la bouchée est volumineuse, la déglutition est inévitable, et le laryngoscope arrive trop tard.

Chacun peut répéter cette expérience et la contrôler par ses propres sensations, *sans laryngoscope.* Sa constatation est surtout évidente avec un aliment dont la température peut être perçue jusque dans la région profonde du sillon glosso-épiglottique, tel, par exemple, qu'un entremets glacé de consistance demi-solide avalé sans mastication. La sensation de froid se joint à la sensation spéciale du besoin de déglutir et rend l'expérience saisissante. On sent nettement le cheminement progressif de la petite bouchée glacée dans toute la longueur du canal formé par la langue, la voûte et le voile palatins, puis son arrêt profond contre la portion libre de l'épiglotte dans le cul-de-sac glosso-épiglottique, arrêt tellement prononcé qu'il est facile de retarder, à ce moment, tout mouvement de déglutition, ou même de le refuser tout à fait, en rejetant par une excréation la bouchée si profondément engagée.

Une fois que le laryngoscope a constaté la présence du bol dans le sillon glosso-épiglottique, si l'on retire le spéculum et que l'expérimentateur opère la déglutition normale à bouche close, une nouvelle inspection laryngoscopique fait voir les fossettes glosso-épiglottiques vides de la masse qu'elles contenaient *avant la déglutition.*

Dans les *bouchées volumineuses,* une seule déglutition ne suffit pas à faire disparaître en une fois tous les matériaux en mastication ; et même, à la fin de la mastication, une seule déglutition ne débarrasse pas entièrement le réservoir d'attente glosso-épiglottique de toute la pulpe qui s'y trouve

cantonnée. Aussi éprouve-t-on toujours, à la fin d'un repas, le besoin de plusieurs *déglutitions secondaires* et successives. Le laryngoscope permet toujours, entre chacune de ces déglutitions ultimes, de constater la présence des dernières parcelles oubliées contre la face linguale de l'épiglotte qui demandent à être dégluties.

On peut forcer l'expérience de la manière suivante :

Si, le sillon glosso-épiglottique étant déjà rempli d'une première bouchée, on retient assez sa déglutition pour tenter d'accumuler *une seconde bouchée sur la première*, il se produit, vers la base de la langue, une sensation de constriction ou d'étranglement qui atteint son degré le plus élevé, et, de *trois* choses l'une :

Ou bien *on avale* d'un seul coup, *malgré soi*, presque tout le bol ramassé contre l'épiglotte (et cette déglutition involontaire a lieu huit fois sur dix) ;

Ou bien l'action involontaire du constricteur du pharynx (fibres supérieures) et des parties voisines, très nettement perçue, renvoie le bol dans la bouche par une énergique *excréation ;*

Ou bien les accidents de la *déglutition de travers* se produisent (toux convulsive et vomiturition) et donnent la preuve que le bol a franchi la margelle épiglottique et qu'il a pénétré dans le larynx.

Aussi, dans les bouchées volumineuses, le besoin de déglutir est *proportionnel au volume du bol accumulé* contre l'épiglotte ; ce besoin est d'autant plus impérieux que le *bol est plus gros*, que l'*épiglotte est plus courte* en un mot que la pulpe à déglutir *menace davantage de dépasser le bord libre de l'épiglotte et de tomber dans le larynx.*

Plus l'aliment est *mou*, plus il se rapproche de l'état *liquide*, moins le phénomène de l'*arrêt contre l'épiglotte* est facile à percevoir.

Ainsi, les substances molles, les bouillies, dégluties sans mastication préalable, les *boissons*, se présentent par gorgée entière et non plus par parcelles successives au palier épiglottique. Leur arrivée s'y fait en bloc et leur déglutition est immédiate. L'instantanéité de cette déglutition rend l'arrêt contre l'épiglotte moins sensible, à cause de son peu de durée, et moins facile à percevoir. Mais les expérimentateurs exercés le constateront toujours sans trop de difficulté, et le pro-

longeront même à volonté, aussi longtemps qu'ils pourront retenir l'haleine.

C'est souvent la manière de *gargariser* dans les premiers essais du *gargarisme laryngien* (1). Le liquide ne dépasse pas alors l'épiglotte. La gorgée est maintenue dans les fossettes glosso-épiglottiques par l'occlusion de l'orifice pharyngo-épiglottique; mais quelques gouttelettes tendent à s'introduire au-delà de l'épiglotte et parviennent jusqu'aux ventricules du larynx, la glotte étant fermée. De là, une grande intensité dans le besoin de déglutir, besoin auquel peu de personnes peuvent résister dans ces premiers essais de gargarisme.

L'habitude de contact amène bientôt la diminution de la sensation organique qui provoque le *besoin de déglutir*, et quelques séances suffisent ordinairement pour produire la *tolérance de la muqueuse au contact du gargarisme*; le liquide pénètre alors à pleine gorgée dans le pharynx œsophagien, au-dessous de l'épiglotte.

Conclusions. — 1° La portion libre de l'épiglotte joue le rôle de margelle du larynx pendant la mastication de la bouchée;

2° Les fossettes glosso-épiglottiques sont le réservoir d'attente du bol alimentaire préparé pour une déglutition;

3° La déglutition de l'aliment commence seulement au niveau du trou pharyngo-épiglottique, après qu'il a déjà subi l'action de la langue, de la voûte, du voile et des piliers, et qu'il a dépassé l'isthme du gosier par une marche régulière, sans aucun mouvement convulsif;

4° Le mécanisme de la mastication comprend :

A. La trituration de l'aliment;

B. Sa transformation en bol par l'association de la trituration et de l'insalivation;

C. Son transport successif à l'état de bol naissant dans les fossettes glosso-épiglottiques par l'action combinée de la langue, de la voûte, du voile et des piliers;

D. Son accumulation dans le réservoir d'attente glosso-épiglottique, jusqu'à ce qu'une déglutition vienne l'y prendre pour le précipiter, en un seul temps, au travers du pharynx œsophagien, dilaté et agissant comme ventouse, dans la profondeur de l'œsophage.

(1) Guinier, *Traitement curatif des maladies de la gorge et du nez*, etc., 3e édit., Pau, Cazeaux, édit., 1881.

COMPTE-RENDU
DE LA
SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

Séance du 22 Mars 1883 (1)
Présidence du Dr Moura-Bourouillou

DISCUSSION *(suite)*

M. Noquet répond que l'aspect des tympans devait faire admettre l'existence d'une otite moyenne ; les tympans étant dépolis et injectés au niveau du manche du marteau.

Séance du 23 Mars 1883
Présidence du Dr Bonafont

M. Moure lit un travail sur un nouveau cas de laryngite sèche avec amas de mucosités simulant un pont membraneux du larynx ; paralysie nerveuse concomitante.

DISCUSSION

M. Cadier. — L'observation de M. Moure me semble très intéressante, je lui demanderai quelle était la disposition exacte de ces mucosités, si leur aspect était aussi lisse et leur bord aussi mince que celui d'une membrane, et enfin si elles s'étalaient sur toute la surface des cordes vocales jusqu'à l'entrée des ventricules de Morgagni.

M. Moure. — Les mucosités ressemblaient absolument à celles dont ont parlé nos confrères les docteurs Poore et Solis-Cohen au dernier Congrès de Londres, et dont ce dernier a même, s'il m'en souvient bien, dessiné l'image.

Je répondrais à la seconde question que les mucosités étaient absolument étalées à la surface des rubans vocaux, qu'elles cachaient entièrement à ce niveau, et je crois pour

(1) Voir le no 5, Mai 1883.

ma part, qu'elles étaient sécrétées par les glandes contenues dans les ventricules de Morgagni.

La séance est levée et rendez-vous est pris pour le mois d'octobre où la vitalité de la nouvelle société viendra s'affirmer une fois de plus et nous n'en doutons pas d'une manière éclatante.

Le Secrétaire,

J. BARATOUX.

Revue Bibliographique.

Du vertige de Ménière dans ses rapports avec les lésions des fenêtres ovale et ronde

Par le Dr GELLÉ (1)

M. Gellé reprenant les recherches de Luccœ pense avoir trouvé un moyen pratique de connaître l'état de mobilité et d'élasticité des fenêtres ovale et ronde ; c'est-à-dire de la base de l'étrier et de la membrane de la fenêtre ronde ou tympan secondaire.

L'expérience est basée sur deux faits d'observation bien acquis :

1° Les pressions douces imprimées à la colonne d'air du conduit auditif se transmettent du tympan à la fenêtre ronde, à travers la *platine de l'étrier et le contenu labyrinthique*;

2° Le son d'un diapason appliqué sur le crâne (bosse frontale, au niveau de la ligne d'insertion de l'aponévrose temporale), arrive à l'oreille, apporté par les os du crâne, puis par l'air de la caisse, et traverse finalement la platine de l'étrier pour entrer dans l'oreille interne.

Si, par un artifice quelconque, on peut à volonté mouvoir l'appareil transmetteur du son et remuer et déplacer l'étrier pendant que le sujet écoute le son d'un diapason placé sur le crâne, la sensation sonore perçue par le patient sera modifiée à chaque poussée, et atténuée ainsi à volonté, si l'étrier est mobile et la membrane de la fenêtre ronde élastique ;

(1) Delahaye et Lecrosnier, Édit., Paris, 1883.

c'est, en effet, ce qui a lieu à l'état sain ; les remittences du son sont produites *ad libitum* à chaque pression effectuée au moyen de la poire ordinaire à insuffler, dont l'embout est posé à l'orifice du conduit auditif externe.

Or, si l'étrier n'obéit pas aux pressions, s'il est raidi et immobile, ou bien si le tympan ne lui transmet aucune pression, le son ne subira aucune modification ni variation dans son intensité au moment des poussées.

Si, au contraire, ses ligaments sont ramollis, les pressions pourront avoir un effet exagéré : le déplacement en dedans sera trop fort, tout à fait anormal. Dans ce cas, le son du diapason est éteint net par la pression. L'étrier déjà enfoncé est tout près de la limite de sa course ; et la pression vient s'y porter et s'y fixer en l'immobilisant ; souvent la membrane de la fenêtre ronde ne pourra suivre ce déplacement exagéré et y obéir, soit par sclérose de son tissu, soit parce qu'un obstacle (muqueuse hypertrophiée, fongosité, liquide, pus, etc.), s'oppose à son mouvement en dehors. La pression cause alors une commotion, un choc labyrinthique d'où naissent le vertige et le bourdonnement.

Les pressions centripètes ont donné lieu, entre les mains de M. Gellé, tantôt à l'extinction brusque du son transmis par le crâne à l'oreille du sujet, tantôt l'épreuve a été nulle (négative) ; enfin, elles ont provoqué des phénomènes vertigineux, tout à fait analogues à ceux qu'on observe spontanément, et qui constituent le vertige de Ménière ; par là se trouvent rendues manifestes les lésions qui siègent au niveau des fenêtres ovale et ronde.

Le travail de M. Gellé est basé sur l'examen de 126 malades par cette nouvelle méthode.

De ces 126 malades, 53 avaient le vertige de Ménière ; or, dans l'immense majorité de ces cas, les pressions centripètes ont établi l'existence de lésions au niveau des fenêtres (ovale ou ronde), associées ou non à d'autres lésions de la caisse.

22 fois, sur ces 53 cas, les pressions ont provoqué le vertige de Ménière. Dans 5 cas, à part, le vertige a pu être être ainsi produit, bien qu'il n'existât pas de vertige spontané.

Dans ces 31 cas (sur 53), où l'on ne put provoquer le vertige, les pressions causèrent l'extinction du son, 11 fois ;

20 fois l'épreuve est restée négative; aucune intermittence du son n'ayant été constatée par les malades.

Dans les 73 cas d'otite chronique, où le vertige auriculaire n'a pas été accusé par l'observation, 31 fois, les pressions centripètes ont produit l'extinction ou montré l'épreuve négative.

Les lésions des fenêtres ont donc existé dans 46 cas de vertige sur 53 cas. Tandis que l'on n'a trouvé que 31 sur 73 dans ceux où le vertige n'a jamais paru. Il peut donc y avoir des lésions des fenêtres labyrinthiques sans vertige de Ménière.

Cela s'explique, sans doute, par la pathogénie complexe de ce phénomène. Sa production exige, en effet : 1° un état anatomo-pathologique antécédent (ramollissement, compression, etc.), qui constitue la prédisposition; puis, 2° un acte, un mouvement qui provoque le déplacement de l'étrier et produise le choc labyrinthique (éternûment, baillement, déglutition, mastication, congestion, angine arthritique, action de se moucher, etc., etc).

Sans doute aussi la présence d'une lésion labyrinthique joue un ici rôle en certains cas. Il y a peut-être une excitabilité maladive du nerf auditif, car on observe alors l'ouïe douloureuse, le vertige par excitation sensorielle, etc.

M. Gellé pense qu'au point de vue du *pronostic*, l'épreuve des pressions centripètes a une valeur précieuse, vu l'importance des organes qu'elle permettrait d'étudier. Elle fournirait un contrôle excellent des données fournies par l'examen *de visu*.

Le travail de M. Gellé contient 20 observations résumées; on y voit les divers genres de vertige, le traumatique le provoqué, le spontané, le congestif, le réflexe, le tabétique, celui qui succède à une excitation auditive, ceux qui naissent sous l'influence de divers actes de la vie ordinaire (déglutition, acte de se moucher, etc.) ; enfin de la douche de Politzer.

M. Gellé termine par un exposé rapide des indications du traitement du vertige.

De la tuberculose dans ses manifestations du côté du larynx *(Tuberculosis as manifested in the larynx.)*

Par le Dr Solis-Cohen (1)

Après avoir exposé tout d'abord le but de son mémoire, dans lequel il étudiera la tuberculose laryngée au double point de vue de l'anatomie pathologique, faite avec le laryngoscope, et les altérations histologiques des tissus, le docteur Solis-Cohen entre de plein pied dans son sujet.

Les petits nodules globuleux, du volume d'une tête d'épingle, que l'on aperçoit parfois dans le larynx et que l'on qualifie de tubercules miliaires, ne sont bien souvent, dit l'auteur, que des glandes muqueuses hypertrophiées et dont le conduit sécréteur est obstrué. La destruction de ce glandule est surtout occasionnée par l'inflammation et la compression qu'exercent les infiltrations tuberculeuses situées autour de chacun des culs-de-sac.

Les nodules restent en effet intacts et offrent toujours le même aspect laryngoscopique pendant plusieurs mois, fait qui, d'après M. Solis-Cohen, permettrait de douter de leur nature tuberculeuse ; à moins qu'il ne s'agisse, ajoute t-il, de tubercules calcifiés.

La *tuberculose primitive*, dont il rapporte trois exemples, est toujours tôt ou tard accompagnée de la même affection du côté des poumons. Aussi, se basant sur ce fait, plusieurs auteurs ont-ils cru pouvoir nier son existence.

La *tuberculose secondaire*, bien connue de tous les pathologistes est de beaucoup la plus fréquente.

Parfois elle atteint la gorge, formant la granulie miliaire, si bien étudiée par Isambert, Fränkel, et nous pourrions ajouter Barth (2). Cette forme est très rare et M. le Dr Solis-Cohen ne l'a presque jamais rencontrée.

L'auteur rappelle ensuite qu'au point de vue histologique la tuberculose du larynx présente deux stades bien tranchés, la période d'infiltration qui se fait au-dessous de l'épithélium (muqueux et sous-muqueux), et la période d'ulcération

(1) *Philadelphie*, Janvier 1883.

(2) *Thèse de Paris*, 1881.

qui suit la précédente à un intervalle de temps plus ou moins variable.

Au point de vue clinique la tuberculose secondaire se montre sous la forme aiguë ou sous la forme chronique.

Les premières périodes de la forme aiguë sont toujours marquées par de la congestion; la forme chronique, au contraire débute le plus souvent par de la pâleur.

Dans la FORME AIGUË, une laryngite catarrhale intense se transforme rapidement, en l'espace de deux ou trois semaines, en une laryngite catarrhale chronique grave, sans offrir néanmoins un aspect caractéristique et trois ou six semaines plus tard apparaissent des ulcérations superficielles occupant le plus souvent la face supérieure de l'épiglotte, ou les replis inter-aryténoïdiens, mais fréquemment les faces interne ou supérieure des aryténoïdes.

Ces ulcérations d'aspect aphtheux sont ovoïdes sur l'épiglotte et les aryténoïdes; elliptiques ou linéaires, sur les bandes ventriculaires et les replis inter-aryténoïdiens.

Ces ulcérations augmentent peu à peu en surface et en profondeur, mais l'on n'a pu trouver aucun tubercule miliaire ni sur les bords, ni au voisinage de ces ulcérations, aussi, pour expliquer la présence de ces dernières faut-il, ou bien admettre une prédisposition constitutionnelle qui favorise l'ulcération des tissus toutes les fois qu'il existe une inflammation, ou bien admettre l'existence d'une infiltration tuberculeuse qui se détruit et s'élimine rapidement.

Plus tard, au contraire, lorsque les ulcérations se sont étendues en profondeur et sont devenues confluentes, leur nature tuberculeuse devient manifeste.

Enfin, la maladie fait des progrès rapides, les cartilages se détruisent et sont parfois rejetés avec les matières expectorées, l'épiglotte est souvent détruite.

Cette forme est associée à une tuberculose pulmonaire qui évolue rapidement.

La forme chronique débute généralement par de l'anémie, et de la tuméfaction occupant la muqueuse aryténoïdienne. Les tissus hypertrophiés des deux côtés en général, sont pâles, globuleux, mais ils peuvent dans quelques cas être injectés et devenir presque livides.

D'autres fois, le gonflement occupe la surface libre de l'épiglotte. L'ulcération débute habituellement par la super-

ficie et s'étend sur les cordes vocales et les bandes ventriculaires, rarement l'épiglotte seule est ulcérée, et plus rarement encore la face linguale de cet opercule.

Dans une troisième forme, l'épiglotte est molle au lieu d'être dure et les manifestations débutent par la partie postérieure du larynx. Enfin, dans un quatrième groupe les cordes sont surtout atteintes.

D'après ce rapide aperçu, on peut voir avec quel esprit clinique est écrit le mémoire du docteur Solis Cohen. De nombreuses figures représentant les diverses manières d'être de la tuberculose laryngée, complètent ce travail, déjà si intéressant par les descriptions nettes et précises qu'il contient.

E. J. M.

Revue de la Presse

Du traitement de la tuberculose laryngée, par le Dr BALMER HABSARZT. — Basé sur une longue expérience, on avait adopté, à la Charité de Berlin, le traitement suivant : Emploi local ou interne de narcotiques contre les douleurs violentes de la gorge ; révulsifs sur la peau ; la compresse de Priessnitz, la teinture d'iode, l'huile de croton, les vésicatoires ; puis, inhalations avec des liquides non irritants, scarifications dans les cas d'œdème dangereux. De toutes les substances qu'on avait essayées pour les inhalations, le chlorure de sodium, 0,50 sur 100, s'est montré le plus efficace. On faisait faire chaque jour 2 à 4 inhalations de cinq à dix minutes de durée. La diète était la moins irritante possible ; beaucoup de lait et de petit lait. Les cautérisations du larynx étaient proscrites.

Les expériences faites avec les médicaments préconisés donnèrent le résultat suivant :

La créosote est un bon remède palliatif ; son application locale n'a pas d'action spécifique sur l'affection tuberculeuse ; prise intérieurement, son action est plus que douteuse.

L'iodoforme fut essayé sur vingt-six malades, presque tous cas graves. Le traitement dura de huit jours à quatre semaines et l'expérience démontra qu'il était inutile de continuer, s'il n'y avait pas de mieux après ce temps. On faisait

deux insufflations par jour à l'iodoforme, une le matin et l'autre l'après-midi, après avoir fait faire préalablement une inhalation au chlorure de sodium. Les insufflations furent bien supportées et n'eurent pas de suites fâcheuses, comme intoxications, pneumonies, etc.; leur seul inconvénient était de gâter l'appétit des malades.

Voici les conclusions auxquelles le docteur Balmer est arrivé :

» 1. — L'iodoforme peut déterger toute ulcération du larynx de n'importe quelle grandeur.

» 2. — Il soulage les malades en recouvrant les ulcères et diminuant l'état œdémateux de la muqueuse.

» 3. — Il amène dans des conditions exceptionnellement favorables, la guérison des ulcères, surtout si l'affection des poumons est arrêtée ou en voie de cicatrisation mais il ne saurait prévenir des récidives.

» 4. — L'iodoforme est un bon antiseptique, mais il ne possède pas de propriétés spécifiques empêchant les progrès de la tuberculose laryngée. Sous ce rapport, il ne surpasse ni la créosote, ni l'acide borique, ni le thymol.

» 5. — Comme il a certains inconvénients très considérables pour les phtisiques son emploi n'est indiqué que quand les autres moyens ne produisent pas d'effet. »

Comme preuve éclatante du peu d'action de l'iodoforme sur les ulcérations tuberculeuses l'auteur cite le cas d'une ulcération tuberculeuse de la langue, dans laquelle ce médicament fit disparaître les douleurs et le gonflement sans empêcher l'ulcération de s'agrandir et de s'étendre. (*Zeischr., f. Kli. méd. Bd. V. Hft 3, 1883. Allg. med. Centralzeit*, n° 12, 1883.

L. B.

Quelques cas tirés de la pratique, par le Dr Max Schœffer, Brême. — 1. — *Œdème aigu du larynx.* — Une femme de cinquante-six ans, après un fort refroidissement ressent des douleurs intenses dans la gorge, un accès de suffocation survient. Le cou est tuméfié ce qui empêche la malade de prendre la position la plus favorable pour la respiration et pour l'examen laryngoscopique. Ce dernier révèle un œdème des replis ary-épiglottiques qui ont atteint le volume d'un œuf de pigeon; l'inspiration attirant ces tumeurs vers la cavité laryngée,

détermine les symptômes du sténose. Des incisions répétées au moyen du couteau laryngien de von Bruns, produisent l'écoulement d'un liquide séreux sanguinolent avec une amélioration instantanée. Guérison complète au bout de dix jours.

2. — *Fissure inter-aryténoïdienne.* — Une jeune fille envoyée avec le diagnostic d'un polype du larynx, présente la muqueuse du larynx toute tuméfiée et gonflée, les cordes vocales supérieures et inférieures sont teintées de sang, et dans la région inter-aryténoïdienne existe un caillot de sang flottant.

Ayant déjà la voix fortement enrouée après un refroidissement, elle avait poussé un cri aigu à la suite d'une peur et aussitôt après elle ressentait une douleur brûlante dans la gorge. L'examen laryngoscopique, après l'ablation du caillot de sang, démontra l'existence d'une fissure de 1 à 2 centimètres de longueur et d'un demi-centimètre de largeur.

La cautérisation au nitrate d'argent et des compresses à l'eau froide avec abstinence complète de parler, amenèrent la guérison en quinze jours.

3. — *Laryngite hémorrhagique.* — Trois cas, chez des cuisinières exposées pendant le rude hiver de 1879 à des changements brusques de température, où elles prirent des refroidissements. Les symptômes étaient : légère fièvre au début, raucité de la voix, toux sèche et désagréable, difficulté pour respirer ; expectoration de mucus sanguinolent. Les cordes vocales et même toute la partie inférieure du larynx étaient recouvertes de croûtes sanguinolentes, mais il n'existait cependant pas d'ulcérations.

Dans un quatrième cas, la partie supérieure du larynx était également atteinte de la même façon.

L'iodure de potassium a rendu des services à Schœffer dans le quatrième cas, dans les autres il ne l'avait pas essayé. Du fait que les règles cessèrent pendant la maladie de la quatrième malade, Schœffer invoque l'existence d'une hémorrhagie vicariante.

4. — *Laryngite phlegmoneuse avec formation d'abcès circonscrit.* — Deux cas : dans le premier il y eut angine tonsillaire et pharyngite ; le lendemain, douleurs violentes dans la partie supérieure du larynx et dyspnée, le troisième jour, expectoration de pus sanguinolant et fétide. L'examen laryngoscopique démontra l'existence d'une ulcération de la gran-

deur d'une pièce d'un franc recouverte d'une eschare gangréneuse du côté droit de l'épiglotte. Guérison deux mois après.

5. — *Spasme de la glotte.* — D'aprés Schœffer le spasme survient, parce que les malades font involontairement l'inspiration sans laisser succéder l'expiration, ce qui ne fait qu'augmenter le spasme. Il indique comme remède, le plus facile à appliquer, de tenir le nez du malade énergiquement fermé de façon à le forcer de vaincre le spasme involontaire par un mouvement respiratoire volontaire.

6. — *Gêne dans le déglutition des liquides occasionnée par un polype du larynx.* — Une dame étant prise d'accès de suffocation chaque fois qu'elle essayait d'avaler des liquides, était obligée de faire passer ces derniers goutte par goutte. Schœffer découvrit une tumeur du volume d'un pois, située dans le sinus pyriforme gauche. Il l'enleva et la malade fut débarassée de son infirmité.

7. — *Polypes du larynx chez un chanteur.* — Il s'agit de deux papillomes occupant le bord gauche de l'épiglotte et qui furent enlevés au moyen de l'anse froide. Sans intérêt particulier.

8. — *Une dent développée dans la cavité nasale.* — Le docteur Schœffer trouva chez un monsieur de trente-six ans, qu'il avait examiné quelques mois auparavant, une dent qui s'était développée dans la narine gauche. Elle se trouvait à 2 centimètres demi de l'orifice antérieur de la narine entre la cloison et le cornet supérieur. Schœffer l'enleva facilement et reconnut une dent canine complètement formée. Le malade avait cependant toutes ses dents. (*Separat abdruck aus der Deutsch Med. Wochenschr.* N° 2, 1883.)

L. B.

Inflammation et ulcération du larynx à la suite de la rougeole et de la scarlatine. — Le docteur Norman Moore montre à la Société pathologique de Londres (séance du 15 Mai 1883) le larynx d'un garçon de 5 ans, mort d'un abcès du cerveau consécutif à une nécrose du temporal. Les cordes vocales et la base de l'épiglotte étaient ulcérées, il n'existait aucune trace de fausse membrane.

Dans le cas de scarlatine, l'ulcération était un peu plus étendue, il n'existait pas non plus de fausse membrane. Il s'agissait également d'un enfant de 5 ans.

Le docteur Moore pense que ces faits sont intéressants en raison de la rareté plus grande de la laryngite dans la scarlatine que dans la rougeole et surtout parce que les symptômes de laryngite observés dans la rougeole sont rarement assez graves pour faire penser à l'existence d'une ulcération. (*Brit. med. journ.*, 19 Mai 1883.)

Congestion du larynx d'origine paludéenne.— M. le docteur Briaud, professeur suppléant de l'école de médecine d'Angers, attire l'attention sur une variété de faux croup caractérisée par de la rougeur, du gonflement de la muqueuse, voire même des phénomènes asphyxiques dont il prétend avoir observé plusieurs cas et qu'il attribue à la malaria. Le traitement rationnel serait évidemment le sulfate de quinine. (*Gazette des Hôpitaux* n° du 7 Avril, 1883.)

Quelques remarques sur la communication du professeur Sommerbrodt, sur un cas de paralysie traumatique du nerf récurrent, par le docteur Félix Semon (de Londres). — Dans le numéro 50, de l'année 1882, du *Berl. Klin. Wochenschr.*, Sommerbrodt a communiqué le fait intéressant d'une paralysie bilatérale des cordes vocales survenue après une blessure *unilatérale* du cou (injection de teinture d'iode dans un goître). Sommerbrodt et Schnitzler (à propos d'un cas analogue), rapportant les symptômes à une lésion du nerf récurrent, expliquent difficilement la paralysie réflexe, tandis que Semon, au contraire, en rend un compte exact et croit même que l'on ne doit pas laisser établir une nouvelle doctrine fondée sur un principe faux, c'est-à-dire l'assimilation du nerf vague et du nerf récurrent. Sommerbrodt et Schnitzler, comme il résulte clairement de leur description, pensent qu'une lésion unilatérale du récurrent pourrait produire une paralysie ou un spasme du nerf correspondant intact. Semon démontre que ce fait est impossible. En effet, le récurrent, nerf purement moteur, ne contient que des fibres centrifuges et une interruption dans l'action de ce nerf ne peut se manifester que dans la périphérie, de telle sorte qu'une action réflexe sur le centre et sur l'autre côté est absolument impossible. La lésion d'un récurrent entraîne donc une paralysie de la corde vocale correspondante, mais jamais une affection bilatérale des cordes vocales, bien au contraire, le

récurrent de l'autre côté remplit plutôt un rôle compensateur. Ce n'est donc pas là qu'il faut chercher l'explication d'une paralysie double des cordes vocales à la suite d'une lésion unilatérale du récurrent. Il ne reste comme raison véritable qu'une blessure du nerf vague gauche par l'injection de teinture d'iode qui aurait atteint exclusivement ou principalement les fibres de ce nerf destinées au larynx. D'après la théorie de G. Johnson (Semon fait ressortir la priorité de cet auteur) la paralysie bilatérale a lieu par la propagation d'une forte irritation des fibres sensitives au centre, amenant ainsi une paralysie bilatérale des ganglions centraux, moteurs des muscles du larynx. Cependant, dans le cas présent ainsi que dans les autres cas analogues la paralysie du côté intact seule doit être considérée comme purement réflexe, parce qu'il a existé non seulement une irritation des fibres sensitives du nerf vague, mais une destruction directe des fibres motrices du larynx de ce même côté. La paralysie réflexe de l'autre côté, incomplète et « fonctionnelle » au début finit par devenir complète et « organique » par la suite d'altérations qui se produisent dans les noyaux du nerf accessoire dans le sens de Johnson.

Toute la question consiste donc dans la différence qui existe entre le « tronc du nerf vague et le nerf récurrent ». Voici comment le docteur G. Johnson s'exprime, à ce sujet, dans son ouvrage classique : « En comprimant un seul récurrent, on ne peut produire qu'une paralysie unilatérale des muscles du larynx, tandis qu'en comprimant le tronc du nerf vague on peut provoquer ou un spasme ou une paralysie bilatérale du larynx par action sur le centre nerveux. » Tout cela s'applique au nerf vague comme nerf mixte, et non au récurrent qui est un nerf purement moteur.

Les fibres du nerf vague, destinées au larynx, proviennent du nerf accessoire, et comme L. Clarke a démontré que les fibres des noyaux de l'accessoire s'entrecroisent on peut s'expliquer l'action symétrique bilatérale des muscles du larynx à l'état normal. L'irritation assez prolongée de l'un des deux nerfs vagues peut provoquer à la longue des altérations parfaitement reconnaissables de la structure du centre nerveux.

En effet, Sommerbrodt indique la place où la blessure a eu lieu : 3 centimètres et demi au-dessous de l'échancrure thy-

roïdienne supérieure et 1 centimètre à côté de la ligne médiane, ce qui correspond juste à la position du nerf vague. Les réclamations du docteur Semon sont donc également justifiées sur ce point. (*Separat. Abdr. aus der Berl. Klin. Wochenschr.*, n° 1, 1883.) L. B.

Notes sur un cas d'enclavement d'un corps étranger dans les voies aériennes ; trachéotomie ; guérison. — Un enfant de 3 ans et demi est amené à l'hôpital (*Sheffield public hospital and dispensary*) le 11 décembre 1882. Sa mère raconte qu'un autre enfant a essayé de lui faire avaler une perle. Au moment de son admission, il éprouve une dyspnée considérable. Sa voix et la toux sont enrouées. Le docteur Keeling pratiqua alors la laryngo-trachéotomie sans pouvoir retrouver aucun corps étranger. On laissa les lèvres de la plaie écartées. L'examen de la poitrine révéla l'absence de respiration du côté gauche et, le 14 Décembre, survint une violente quinte de toux et une augmentation de la dyspnée qui firent penser au déplacement du corps étranger. On introduisit alors une pince dans la plaie trachéale, pour dilater cette dernière, et aussitôt un effort d'expiration expulsa le corps du délit. Le jeune malade quittait l'hôpital le 1er Janvier 1883 complètement guéri. (*The Lancet*, 19 Mai 1883.)

Du muguet de la gorge dans la fièvre typhoïde. – M. Duguet communique cinq nouveaux cas de muguet primitif, observés dans son service depuis le commencement de l'année. La maladie a débuté par le voile du palais, les amygdales et le pharynx, puis a progressé d'arrière en avant vers la langue, les joues et les lèvres. Dans tous les cas, le diagnostic a été confirmé par l'examen histologique ; dans tous aussi, les badigeonnages boratés et les lotions alcalines ont fait disparaître les accidents en quelques jours. Chez un malade, l'angine crémeuse s'est accompagnée de l'ulcération spéciale du pilier du voile palatin décrite par M. Duguet dans la dernière séance. — Il fait remarquer que le muguet primitif de la gorge semble devenir plus fréquent au cours de la dothiénentérie, mais il pense que cela tient à la confusion qui a été faite sans doute assez souvent avec l'angine pultacée, lorsqu'on n'a pas examiné au microscope l'exsudat muqueux. La proposition classique du début du muguet par la bouche

reste vraie le plus souvent chez l'enfant, tandis que l'angine crémeuse primitive se montre plus fréquente chez l'adulte. M. Duguet pense que la dentition, chez l'enfant, crée dans la bouche un milieu acide propre à l'éclosion de l'*oïdium albicans*, tandis que les angines, si communes chez l'adulte, ont le même effet au niveau de l'isthme du gosier. — Il insiste sur la nécessité d'examiner soigneusement la gorge de tous les typhoïdiques, puisque le muguet, une fois reconnu, peut être rapidement guéri par un traitement simple qui mettra le malade à l'abri des accidents déterminés par la propagation de l'affection parasitaire à l'œsophage et à l estomac.

M. Damaschino a également observé deux cas d'angine crémeuse primitive depuis quinze jours ; dans l'un d'eux il y a eu coïncidence de l'ulcération d'un pilier du voile palatin. (*Soc, méd. des Hôp.*, Séance du 11 mai 1883.)

Du spray phéniqué dans le croup, par le docteur Demons (de Bordeaux). — Répandre de la vapeur d'eau dans la chambre d'un enfant opéré de la trachéotomie est depuis longtemps un précepte classique, et, sans en exagérer l'importance, on ne peut non plus nier dans bien des cas sa bienfaisante action. Le docteur Demons a songé à perfectionner ce procédé, et l'emploi des vapeurs phéniquées se trouvait tout indiqué dans un temps où l'acide phénique devient la panacée de toutes les toxémies. Trois fois le spray a été employé, et, dans ces trois cas, on n'a eu qu'à se louer de son action. C'est au moyen d'une pulvérisation à vapeur (modèle Lucas-Championnière) que le chirurgien de Bordeaux produit le nuage phéniqué ; il emploie à cet effet une solution d'acide phénique au 5/100; le jet n'est pas spécialement dirigé vers le lit du malade, et on l'interrompt de quart d'heure en quart d'heure, pour ne point sursaturer l'atmosphère de la chambre.

Dans les trois cas rapportés par M. Demons, les petits malades appartenaient à des familles médicales : l'observation a donc pu être attentive et éclairée, et les moindres phénomènes exactement notés; dans un cas, entre autres, toutes les fois qu'il survenait chez le petit opéré de l'agitation, avec une tendance à la sécheresse de la canule et de la diffi-

culté de la respiration, on voyait disparaître ces accidents après une séance de spray de quelques minutes.

Un si petit nombre de faits, quelque bien observés qu'ils soient, ne saurait suffire à établir d'une façon définitive la valeur de cette médication; mais elle ne peut être nuisible, et cette innocuité absolue autorise à en expérimenter largement les effets contre la diphthérie avant l'opération. (*Journal de médecine de Bordeaux*, 19 mars 1882).

Deux nouveaux instruments pour le traitement des affections du larynx et du nez, par le docteur Carl Seiler. — L'idée de remplacer la pincette inflexible et la guillotine ainsi que d'autres instruments pour le larynx par des instruments flexibles est aussi vieille que la laryngochirurgie et des instruments de ce genre se trouvent dans les mains de chaque spécialiste un peu expérimenté. L'auteur ne nous apprend donc rien de nouveau par sa modification de la pincette de Störck et de la guillotine de Voltolini, qui est lui l'inventeur réel.

Nouveau est le « Septométre » de Seiler, qui sert à mesurer l'épaisseur de la cloison du nez pour constater s'il y a épaississement de celle-ci, ou tout simplement déviation. Le côté pratique de cet instrument reste un peu obscur et il n'a guère que l'avantage, si toutefois c'en est un, d'augmenter *l'armamentarium chirurgicum* (*Illustr. Monatschr. der. Ærztlich. Polytechnik*).

L. B.

Œsophagite des enfants à la mamelle. — Je n'ai jamais eu l'occasion de rencontrer cette maladie. Mais Billard, en 1828, en a cité cinq exemples ayant causé la mort, et le docteur Lewis Smith et Brush du *New-York infant asylum*, en ayant rapporté deux cas intéressants, quoique sujet à réserves de ma part, il m'a paru utile de les reproduire.

Le docteur Lewis Smith considère cette maladie comme étant très commune chez les enfants au-dessous de trois à quatre mois qui sont privés d'allaitement au sein et soumis à un régime indigeste, peut-être même trop chaud ou trop froid. Il l'a trouvée surtout à l'autopsie d'un enfant nourri au biberon qui avait présenté pendant la vie des symptômes de dérangement gastro-intestinal.

Ces symptômes ne sont pas très prononcés. C'est d'abord un dégoût de la nourriture et du larmoiement après l'ingestion des aliments. On sait que l'ingestion de substance irritante produit du larmoiement même chez l'adulte, puis un vomissement caractéristiqne, en ce sens qu'il se produit aussitôt après la déglutition et rend les aliments tels qu'ils ont été pris. Ce vomissement se distingue de celui qui est causé par l'irritation gastro-intestinale, en ce qu'il n'est pas accompagné de nausées; il diffère du vomissemént par irritation cérébrale, en ce qu'il n'est pas puissamment projeté.

Premier cas. — Enfant de onze mois. La diarrhée et le vomissement ont été les symptômes dominants. Essai infructueux tenté pour nourrir l'enfant par le rectum. Le vomissement a continué jusqu'à une heure ou deux avant la mort.

Autopsie. — Les deux poumons sont considérablement affaissés; l'œsophage est d'un rouge vermillon dans toute son entière longueur, comparable à celui de l'arrière-gorge après qu'elle a été dépouillée des fausses membranes diphthériques. A la jonction de la membrane muqueuse de l'œsophage avec celle de l'estomac, il existait une frange blanche irrégulière, formée en apparence par une exfoliation de la muqueuse œsophagienne, estomac petit, ratatiné, ridé profondément. Ces rides, à la partie supérieure, forment de longs tractus inflammatoires, en petit nombre et d'une faible intensité.

Le tube digestif, en aval de l'estomac, était complètement exsangue et ne contenait pas d'autre nourriture que celle qui avait été injectée quelques heures avant la mort.

Deuxième cas. — Enfant de sept mois. Nourri au biberon. Aspect chétif. Mêmes symptômes que le précédent. En plus une conjonctivite.

Antopsie huit heures après la mort. — La cavité pleurale du côté droit contenait environ deux onces d'aliments mêlés avec du sang. L'odeur de la nourriture était à peine perceptible. Le poumon, dans le voisinage du médiastin postérieur, était le siège d'une ulcération récente. Les bronches étaient gorgées de nourriture et de mucosités qui avaient pénétré par la trachée. Le tissu pulmonaire s'était affaissé par places d'étendues considérables.

Le poumon gauche aussi était affaissé, mais la cavité

pleurale du même côté ne présentait rien d'anormal. Deux pouces au-dessus du diaphragme on pouvait voir une petite ouverture communiquant à travers le médiastin avec une longue fissure transversale de l'œsophage, située dans la seconde moitié inférieure. La surface interne de l'œsophage était pâle et recouverte de mucus. Adhérences fibreuses de la rate à l'estomac qui contenait quelque nourriture. Trois portions de l'intestin paraissaient s'être invaginées peu d'heures avant la mort.

Cas très analogue, rapporté à la Société pathologique de Londres, par M. Stanley Boy. La rupture de l'œsophage s'était produite chez un enfant de quatre mois, et l'on n'avait pas trouvé d'aliments dans la cavité pleurale. On semble actuellement porté à attribuer ces ruptures de l'œsophage à une digestion *post mortem*. Cela n'est guère probable chez des enfants dans une condition aussi misérable et dont l'inertie stomacale est démontrée par le rejet des aliments tels qu'ils ont été pris. Il est difficile de croire qu'un estomac qui ne peut coaguler du lait aura le pouvoir de digérer un œsophage. (*Paris méd.*, 26 mai, 1883.)

Fibromes du lobule de l'oreille. — Le docteur RUAULT a présenté à la Société anatomique de Paris des tumeurs provenant des lobules des oreilles d'un nègre de Porto-Rico et apportées en France par le docteur Verdi qui les a enlevés.

Ces tumeurs, dont l'examen histologique a été pratiqué au laboratoire d'anatomie pathologique étaient formées de faisceaux entrecroisés de fibres de tissu conjonctif, entre lesquelles sont enserées de cellules plates.

Elles sont intéressantes par leur volume et méritent d'être signalées parcequ'elles sont rarement observées en Europe, la race nègre ayant le privilège de cette espèce de néoplasme. De plus jusqu'ici chez les négres mêmes on ne les avait remarqué que chez des individus du sexe féminin à la suite du percement du lobule de l'oreille et de l'usage des boucles d'oreilles (*Progrès médical* n° du 3 mars 1883, p. 171),

Un cas d'aphthongie, par le professeur GANGHOFER, de Prague. — L'aphthongie ou aphasie réflexe, consiste, on le sait, dans un spasme des muscles innervés par l'hypoglosse.

Au moment des essais de phonation, la langue est fortement serrée contre la voûte palatine ou (comme il en existe un cas) les grands muscles laryngés (sterno-thyroïdiens, etc.) innervés par le même nerf, font des vibrations, qui empêchent l'émission de la parole.

Généralement on fait une distinction précise entre l'aphtongie et le bégaiement, quoique l'analyse exacte des symptômes ne soit pas encore faite. On la considère ordinairement comme une anomalie simple de coordination, analogue à la crampe des écrivains (myographie).

L'auteur, qui n'y voit point deux états pathologiques différents relate un cas, occupant une place quasi intermédiaire entre ces deux états. Il s'agit d'un jeune homme de dix-neuf ans, qui depuis son enfance parle quelquefois sans aucune gêne, mais qui d'autres fois est pris subitement d'un spasme de la langue et de la face qui lui coupe la parole. A différentes reprises le mal s'était considérablement amélioré spontanément pour empirer de nouveau après.

Le spasme arrive habituellement au commencement des mots et dure environ dix secondes; à l'instant, la langue est fortement pressée contre la voûte palatine osseuse ou entre les arcades dentaires; en même temps, paraissent des spasmes cloniques et toniques des muscles innervés par le nerf facial gauche. Il n'y a jamais répétition du même son comme dans le bégaiement ni les mêmes mouvements concomitants; il existe cependant une ressemblance avec cette dernière affection en ce sens, que le spasme ne survient pas si l'on fait exécuter automatiquement (morceaux appris par cœur, etc.) ou d'une manière non raisonnée, l'acte de la parole; de plus, le mal existe déjà depuis l'enfance, tandis que les autres états connus du même genre firent une apparition subite.

Le traitement institué à l'aide du bromure de potassium, accompagné d'exercices méthodiques, ne fut suivi d'aucune amélioration. (*Prager med. Wochenschr.*, n° 41, 1882, et *Allg. med. Centr. Zeig.*, n° 18, 1883.)

L. B.

Le propriétaire-gérant, Dr E. J. Moure.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. Bellier, rue Cabirol, 16.

4e Année. N° 7. 1er Juillet 1838

REVUE MENSUELLE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

SOMMAIRE. — **Travaux originaux** : Contribution à l'étude de l'abcès sous-lingual, par le Dr U. Dartigolles. — Tumeur sanguine (Kyste) de la corde vocale inférieure gauche, par le Dr G. Coupard. — **Revue de la Presse.** — **Index bibliographique** : Pharynx, Nez, Larynx, Oreilles, Varia.

TRAVAUX ORIGINAUX

Contribution à l'étude de l'abcès sous-lingual

Par le Dr U. Dartigolles.

Observation. — Justine C..., âgée de trente-huit ans, vient me consulter le 1er septembre 1881, pour une douleur siégeant à la partie supérieure du cou et au fond de la bouche.

C'est au mois de mars de cette année, au moment des règles, qu'elle a senti les premières douleurs. En même temps, au-dessous du menton, il se développa un léger gonflement, accompagné de gêne et de douleur dans la déglutition.

La courte durée et le peu de gravité de ces accidents n'inquiétèrent pas la malade.

Cependant tous les mois, à l'époque des règles, les douleurs, le gonflement du fond de la bouche et la gêne de la déglutition revenaient, en s'aggravant chaque fois. Ces accidents duraient quatre à cinq jours et disparaissaient sans laisser aucune trace.

La régularité des règles est parfaite ; maïs le sang est moins abondant et peu coloré depuis le début des souffrances.

Cette femme a une constitution débile, sans marques apparentes de scrofule. La hanche gauche est très déformée à la suite d'une coxalgie, survenue pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde très grave, à l'âge de dix-huit ans. Comme renseignement rétrospectif, l'année dernière, au mois de juin, elle s'est fracturé la cuisse gauche dans une chute ; la consolidation n'est point encore assez solide pour lui permettre de marcher sans appareil et sans béquilles.

Le premier examen est sans intérêt, car je trouve les amygdales, les piliers du voile du palais, le voile du palais et le larynx dans l'état normal. La base de la langue seulement est sensible aux pressions de l'abaisse-langue, dans l'inspection du fond de la gorge.

La face inférieure de la langue, le plancher de la bouche, les glandes salivaires et leur conduit n'offrent rien de spécial. Je ne constate pas d'engorgement ganglionnaire, ni de tuméfaction, ni de trace d'inflammation, soit à l'intérieur de la bouche soit sur les téguments externes. Plusieurs dents sont cariées, mais aucune n'est douloureuse et n'a causé de gengivite ou de périostite alvéolo-dentaire.

J'entends un souffle anémique au cœur et dans les vaisseaux du cou.

Je prescris une médication ferrugineuse.

Le 3 septembre, je suis appelé auprès de la malade. Depuis la veille, de vives douleurs sont survenues au fond de la bouche, la déglutition est devenue difficile et douloureuse ; la fièvre est continue. Je trouve la malade assise sur le lit, le décubitus augmentant les souffrances ; la voix est nasonnée, l'ouverture de la bouche est douloureuse, l'haleine a une forte odeur. Dans la partie horizontale de la région sus-hyoïdienne, entre le corps du maxillaire inférieur, la limitant en avant et sur les côtés, se dessine une tuméfaction, exactement circonscrite à cette portion, ne descendant pas vers l'os hyoïde que l'on sent nettement et qui est mobile. Ce gonflement ne paraît pas causé par l'inflammation de cette région, car la peau a conservé la coloration normale, le toucher n'est pas douloureux, et les tissus sont résistants et non œdématiés.

L'examen de la bouche fournit les détails suivants : la lan-

gue blanchâtre, un peu épaisse, exécute sans gêne les mouvements d'élévation et d'abaissement, les mouvements de latéralité sont un peu pénibles. La muqueuse du plancher de la bouche, comprise entre la symphyse maxillaire et l'implantation du frein sur la langue, est saine.

L'inflammation est localisée en arrière du frein. Cette portion de la muqueuse du plancher de la bouche est d'un rouge vif et tellement gonflée qu'elle s'élève à la hauteur de la couronne des dents molaires, effaçant les sillons latéraux en dedans de l'os maxillaire inférieur ; le gonflement est un peu plus développé à droite qu'à gauche.

Sur les côtés, à la face interne du corps du maxillaire inférieur, le doigt ne touche rien de particulier ; mais en retournant la pulpe de l'index vers l'insertion de la langue et en la promenant sur le fond de la bouche, je découvre, du côté droit, une certaine dureté, sans limites nettes, plus étendue transversalement que d'avant en arrière. Le doigt sent parfaitement dans la bouche cette induration ; elle a la consistance d'un corps étranger dur. Cette sensation cesse quand j'explore cette même région, au-dessus de l'os hyoïde. Avec un doigt dans la bouche et l'autre au-dessous du menton, il est impossible de saisir cette dureté, à cause de sa position trop reculée dans les tissus de la base de la langue.

Cet examen n'augmente pas trop les souffrances. Les douleurs spontanées sont plus vives à droite qu'à gauche, le gonflement est aussi plus grand; du côté gauche les tissus n'ont pas la même consistance et le toucher est moins douloureux. Au-dessous du menton le gonflement est le même des deux côtés.

La position de la langue offre les particularités suivantes : la pointe est appliquée contre la voûte palatine, sa base plus rectiligne qu'à l'état normal est refoulée en arrière, rétrécissant le vestibule du larynx. Cette situation rend l'inspection des amygdales et de la gorge fort difficile et douloureuse; l'abaissement de la langue provoque de vives douleurs; la direction de cet organe est rectiligne; elle n'est portée en avant qu'avec de grands efforts et c'est à peine si sa pointe atteint la face postérieure des gencives.

Les orifices des canaux de Warton ne présentent rien de particulier; la salive humecte la bouche comme à l'état sain, mais comme elle ne peut être avalée ou crachée, elle s'écoule hors de la bouche.

Je fais avaler à la malade un peu de liquide ; au moment où la base de la langue presse contre la voûte palatine, il survient une violente douleur se propageant à l'oreille droite. Cette femme n'a pris depuis la veille au soir, qu'un peu de lait coupé avec de la tisane de guimauve.

Traitement. — Avec le bistouri je pratique de légères scarifications sur la muqueuse buccale tuméfiée, augmentant le nombre à droite, puis la saignée de la veine ranine droite. (1)

Cette émission sanguine produit un soulagement immédiat. Je prescris deux sangsues, au-dessous du menton, dans le cas où le gonflement augmenterait, des frictions avec l'onguent napolitain belladoné, des cataplasmes de farine de lin, des bains de pied sinapisés et les aliments que la malade pourra avaler.

5 Septembre. — Légère amélioration dans les symptômes de la bouche ; ainsi la déglutition est moins difficile et moins douloureuse ; la malade a mangé un peu de soupe ; l'abaissement de la langue est tout aussi impossible et pénible ; les mouvements de propulsion sont aussi peu étendus que la veille ; le séjour au lit est impossible (p. 85.)

7 Septembre. — La patiente souffre moins ; elle est demeurée au lit une partie de la nuit, sans dormir ; elle a mangé un peu de soupe. J'ai comprimé les glandes sublinguales, qui ne sont pas douloureuses, sans observer d'écoulement salivaire ; au milieu du gonflement, il est impossible d'apercevoir l'ouverture buccale des canaux de Warton.

9 Septembre. — Dans l'après-midi je suis appelé à la hâte. Depuis la veille au soir cette femme n'a pu avaler aucun aliment solide ou liquide ; les mouvements de déglutition sont si pénibles que la salive s'écoule à l'extérieur de la bouche ; elle ne peut parler, et répond par signes ; elle a passé la plus grande partie de la nuit assise sur son lit et, depuis le matin, la respiration est si embarrassée qu'elle a dû garder cette position ; pouls 125, petit ; la face est pâle, les yeux enfoncés, la respiration courte et difficile, la bouche entr'ouverte, la figure porte l'empreinte de la plus vive souffrance. De violents

(1) En 1867, suivant les cours de l'Ecole de médecine de Bordeaux, j'avais entendu M. Bitot, professeur d'anatomie, recommander dans les maladies inflammatoires de la gorge, la saignée des ranines à tort délaissée selon lui.

et continuels élancements retentissent dans l'oreille droite et s'étendent à toute la partie latérale droite du cou. Elle ne peut absolument rien avaler.

Au-dessous du maxillaire inférieur, le gonflement des tissus a pris un plus grand développement ; il est bien limité par la courbure de cet os, ne s'étendant pas à la portion verticale de la région sus-hyoïdienne. L'os hyoïde garde son aspect normal. Ce gonflement n'est point œdémateux, mais résistant et ne conservant pas l'empreinte du doigt.

Dans l'intérieur de la bouche, la tuméfaction est considérable; elle s'étend, en avant, jusqu'à la symphyse maxillaire, atteint sur les côtés à gauche la couronne des dents molaires; elle est plus développée encore à droite, où la muqueuse buccale dépasse le niveau de la couronne dentaire.

Les douleurs sont continues, plus vives et lancinantes du côté droit. Le doigt de la malade fixe leur siège à la base de la langue, du côté droit. Sous la base de la langue, en arrière de l'implantation du frein sur le plancher de la bouche, on perçoit une grosseur profondément située au milieu des tissus, plus développée à droite qu'à gauche; elle est dure et douloureuse à la pression; plus étendue transversalement que d'avant en arrière. Je n'ai pu réussir à la localiser, en refoulant les tissus dépressibles avec un doigt dans la bouche sur les doigts de l'autre main placés sous le menton. Il est impossible de sentir la fluctuation.

La langue est immobile et appliquée contre la voûte palatine; sa base, soulevée et repoussée en arrière, remplit l'espace vide qui la sépare, à l'état ordinaire, du voile du palais et de la luette et rétrécit l'orifice supérieur du larynx. Les mouvements de propulsions sont impossibles.

Les dents sont examinées séparément, elles sont insensibles; elles sont toujours demeurées indolentes, soit avant soit depuis le début de la maladie; les gencives et les alvéoles ne sont pas malades.

L'état de la malade devient très grave; depuis six jours, elle ne prend que peu de nourriture, et depuis vingt-quatre heures, elle n'a absolument rien avalé; la respiration s'exécute incomplètement; l'orthopnée augmente à chaque instant : l'intervention est urgente.

Deux modes d'intervention se présentèrent à mon esprit : les incisions sous la mâchoire parallèle au corps de cet os,

recommandées par le professeur Richet, ou une ponction dans la bouche avec un troquart. J'ai donné la préférence au troquart; d'abord, parce que j'ai jugé dangereux de faire, sans aide, des incisions qui devaient être profondes pour procurer du soulagement; j'ai voulu ensuite m'assurer que cette consistance n'était pas due à la présence d'un calcul salivaire ou d'un corps étranger.

Je place l'index de la main gauche sous le côté droit de la base de la langue, entre la partie externe de l'induration et le maxillaire, et, sur l'ongle, je plonge un troquart capillaire, d'avant en arrière et dans une direction légèrement oblique de haut en bas, près du frein et en arrière de lui, sur la portion la plus dure et la plus saillante. Les tissus sont durs et résistants; il faut presser sur le manche de l'instrument pour les traverser. Le troquart pénètre dans une profondeur de 3 centimètres sans résultat. Je replace la tige dans la canule laissée en place et j'imprime au troquart un léger mouvement vers la partie médiane, pendant qu'avec l'autre main au-dessous du menton, j'essaye de fixer les tissus. Je vois arriver alors, par la canule, quelques gouttes de pus crémeux, très épais, jaunâtre, exhalant une odeur forte. Prenant la canule pour conducteur, j'enfonce un bistouri pointu, après avoir caché une partie de la lame vers le talon pour ne pas léser les parties voisines. J'obtiens un léger écoulement de sang, mais pas de pus. Cependant, en pressant sous le menton de bas en haut et un peu d'avant en arrière, le pus s'écoule plus facilement que tout-à-l'heure et il est moins épais. Avec la sonde cannelée je cherche inutilement, par l'incision du bistouri, d'arriver jusqu'à l'abcès, en écartant les tissus. Cette manœuvre n'a d'autre effet que d'activer l'écoulement par la canule. Je me décide alors à laisser la canule en place pour vider lentement ce foyer purulent. La canule est enlevée trois heures après. La quantité de pus retirée est évaluée à quatre grandes cuillerées à soupe. Mais l'amélioration est très évidente; la malade peut boire, sans trop de difficulté, un bol de bouillon. Elle me dit que la respiration devenait de plus en plus gênée et qu'elle pensait étouffer.

10 Septembre. — La malade n'ayant pu s'étendre dans le lit, a dû dormir assise. Elle a été réveillée par un violent accès d'oppression qui a cessé subitement après un écoulement abondant de salive; elle s'est rendormie aussitôt

après. Elle a mangé de la soupe, mais non des aliments solides ; la langue gonflée remplit la bouche, empêche la mastication et rétrécit l'orifice supérieur du pharynx. Ce soulagement n'a pas été de longue durée ; depuis la matinée la gêne de la déglutition revient et augmente peu à peu, de sorte que dans la soirée il faut faire une nouvelle ponction.

Une première ponction, au niveau du frein, à droite, dirigée de haut en bas vers le plancher de la bouche, n'est suivie d'aucun écoulement ; une seconde ponction, au niveau de l'angle de la mâchoire, au siège de la glande sous-maxillaire donne le même résultat. Ces deux tentatives confirment le diagnostic d'abcès situé sous la langue et font rejeter l'existence d'une collection purulente du plancher de la bouche ou de la glande sous-maxillaire.

Soulevant, avec l'index gauche, la base de la langue, pendant qu'un aide abaisse la lèvre inférieure, qui m'empêche de voir le fond de la bouche, je fais pénétrer le troquart vers la base de la langue, en le poussant obliquement en arrière et de haut en bas. Le pus coule aussitôt et par des pressions modérées, de bas en haut et d'avant en arrière, au-dessus de l'os hyoïde, j'obtiens trois grandes cuillerées de pus semblable à celui qui a été retiré la veille.

Le soulagement est immédiat ; la malade peut avaler un bol de bouillon et parler.

Cette ponction réveille, à la base de la langue, de vives douleurs, qui s'étendent à la partie supérieure du larynx, à l'oreille, descendent dans le cou, dans la direction du muscle sterno-cleido-mastoïdien et jusque dans le bras droit : la malade est menacée d'une syncope. Par prudence j'enlève la canule, que je replace, sur les instances, après la cessation de ces accidents. Je fixe la canule, avec un fil, au mouchoir de tête. Mais la patiente est obligée, aussitôt après mon départ, de la retirer à cause de ces douleurs et de la menace de syncope. L'écoulement de pus se ralentissait vers les derniers moments.

11 Septembre. — La malade a pu s'étendre dans son lit et dormir ; l'appétit renaît ; l'alimentation se compose de soupe et de bouillie ; la voix est nasonnée ; le gonflement de la bouche diminue ; les mouvements de la langue ne sont pas possibles (pouls 80).

12 Septembre. — La nuit a été bonne (pouls 75), le gonflement

sous-lingual est plus développé que la veille; la gêne de la déglutition revient et augmente; la langue est appliquée, comme l'avant-veille, contre la voûte palatine, elle est immobile, mais les douleurs sont moins aiguës. Le gonflement sous-maxillaire n'a pas varié depuis les premiers jours.

Une nouvelle ponction à droite, dans la même direction que la dernière fois, donne issue à du pus mêlé de sang. Les tissus ne sont pas aussi résistants et le pus n'est pas aussi profond. On en retire quatre grandes cuillerées de pus, moins épais; l'écoulement est activé, par les mouvements de propulsion de la langue combinés avec l'abaissement. La menace de syncope ne s'étant pas reproduite, je laisse la canule en place. Le foyer paraît bien se vider; le gonflement de la région sublinguale diminue, la base de la langue se ramollit et pour la première fois la voix recouvre le timbre normal.

13 Septembre. — La canule, demeurée en place de onze heures du matin à neuf heures du soir, a occasionné une petite douleur dans l'oreille droite. Pour aider l'évacuation du foyer, la patiente tient la tête fléchie et inclinée sur le côté droit; la quantité de pus obtenue a été assez abondante. La nuit a été bonne. Le gonflement sous-mentonnier et de l'intérieur de la bouche a diminué; la langue repose sur le plancher buccal; le doigt peut contourner sa base et pénétrer en arrière dans le pharynx, où il ne sent rien de particulier; la base de la langue est encore très sensible à la pression pour l'abaisser; les mouvements de propulsion sont possibles; le timbre de la voix est normal; la mie de pain peut être mastiquée et avalée. La malade se plaint du manque de salive pour ramollir les aliments et de la mauvaise odeur de l'haleine.

16 Septembre. — L'amélioration est de plus en plus marquée; le gonflement sous-mentonnier a totalement disparu; la dysphagie a cessé; mais les mouvements de la langue sont gênés. Depuis hier soir, une petite cuisson s'est fixée sur le bord droit de cette dernière. A la pression du doigt en arrière et de haut en bas, vers la base, je trouve une petite tumeur du volume d'un gros haricot, à demi-molle. Je la ponctionne et un jet sanguin continu s'échappe par la canule; le sang inonde la bouche, après que la canule a été retirée, et ne s'arrête que sous l'action de l'eau vinaigrée. Cette petite hémorrhagie soulage la malade.

19 septembre. — Les douleurs sont très légères; le timbre

de la voix reste normal; les aliments liquides et de consistance molle sont avalés sans gêne; les aliments solides réveillent les douleurs au passage.

L'épaisseur plus considérable de la base de la langue cache le fond de la gorge, et sa face dorsale est redevenue très sensible aux pressions.

Je fais soutenir par le doigt d'un aide la région sus-hyoïdienne pour refouler la petite saillie sublinguale, et, sur mon index, appliqué sur la partie la plus saillante, un peu en dehors et en arrière du frein, à droite, j'enfonce le troquart, obliquement d'avant en arrière et de haut en bas; je retire par la canule une grande cuillerée de pus. Les tissus opposent de la résistance à la pénétration de l'instrument, qui est profondément enfoncé pour atteindre le pus. Une cuisson très vive de la pointe de la langue s'est fait sentir au moment de la ponction, mais elle a disparu promptement. L'instrument est dirigé perpendiculairement à la base de la langue : l'abcès siège dans sa base et non dans les tissus du plancher de la bouche, dans la glande sous-maxillaire ou son conduit.

21 septembre. — La canule n'a pu être tolérée qu'une heure, à cause des douleurs aiguës dans l'oreille et le cou. Trois grandes cuillerées de pus ont été obtenues lentement; vers la fin l'écoulement est devenu sanguinolent et, au moment où l'instrument a été enlevé, plusieurs gorgées de sang ont été vomies.

A ma visite, je ne remarque rien d'anormal à la vue; au toucher le côté droit de la base de la langue est un peu plus gros et un peu plus dur que le côté gauche; la langue supporte sans douleur les pressions et elles ne causent plus de picotement. La malade trouve la bouche et la gorge libres; elle peut manger des aliments solides. C'est la dernière fois que l'abcès est ponctionné.

28 septembre. — Pendant la nuit, la cuisson a reparu et persiste dans toute la moitié droite de la langue; l'emploi continuel des collutoires à l'eau de sureau tiède la rend moins désagréable. La mastication et la déglutition ne réveillent plus les douleurs; mais la gustation des mets est altérée : ainsi, s'ils sont salés, même légèrement, ils déterminent, au côté droit de la langue, un frisson violent et prolongé. Quand la langue est fortement tirée hors de la bouche,

le frein éprouve un tiraillement douloureux et la cuisson devient plus vive.

Il reste encore sous la langue une petite grosseur du volume d'un haricot.

13 octobre. — La petite tumeur sublinguale a disparu ; le toucher ne sent plus rien ; le frein se dessine aussi nettement qu'avant la maladie.

La malade ne se plaint plus que d'une cuisson dans la moitié droite de la langue, fatigante surtout le matin. Pour l'adoucir elle est obligée de se rincer fréquemment la bouche avec de l'eau de sureau tiède. Au commencement du repas, les aliments ont un goût âpre, qui disparaît en mangeant. Quand la pointe de la langue est portée à gauche, le côté droit de la base est tiraillé.

Le 15 juin 1882, je suis appelé auprès de cette femme qui vient de se casser la cuisse. Interrogée sur l'état de sa langue, elle n'accuse que de la blésité quand elle parle longtemps. Toute autre trace d'inflammation a disparu.

Réflexions. — Le diagnostic de cette inflammation n'était pas facile, même après l'examen soigneux de la région malade, fait trois jours auparavant. Cette difficulté tient à la multiplicité des organes renfermés dans la cavité buccale dont l'inflammation présente des symptômes analogues.

Les dents et les gencives sont saines ; les alvéoles ne sont ni gonflées ni douloureuses à la pression ; je ne remarque aucune trace d'ostéïte alvéolo-dentaire ; les ganglions situés à l'angle de la mâchoire ou sous la mâchoire ne sont ni tuméfiés ni douloureux.

Mais il est des phlegmons d'origine dentaire, qui prennent rapidement des proportions inquiétantes : le gonflement s'étend au plancher de la bouche, à la base de la langue et jusqu'à l'orifice du larynx, occasionnant de la dysphagie et une grande gêne de la respiration. 1° Le point de départ de cette inflammation est une dent malade, douloureuse, avec une gencive enflammée et un gonflement de la face interne et surtout de la face externe de l'os maxillaire ; 2° La marche du gonflement ou même sa disposition seront des renseignements importants pour fixer l'origine et la cause de cet état inflammatoire :

le gonflement, en effet, est plus développé à l'extérieur qu'à l'intérieur de la bouche, et quand la partie intérieure de la bouche est plus gonflée, j'ai déjà dit qu'alors la tuméfaction paraît faire corps avec l'os et qu'elle se limite à une portion du plancher de la bouche. Ce diagnostic différentiel, sur lequel j'ai cru utile d'insister, à cause du gonflement qui envahit la région sus-hyoïdienne et entraîne des complications sérieuses dans les fonctions respiratoires et de la déglutition, dans les adéno-phlegmons dentaires, est bien exposé dans la thèse de M. le docteur Dumonteil-Grampré (1). On trouvera dans la thèse de mon ami, le docteur Morcrette (2), des observations très intéressantes sur ce genre d'abcès.

Si je parvins rapidement à ne pas tomber dans cette confusion, j'avoue que j'ai longtemps hésité sur l'existence d'un phlegmon du plancher de la bouche. L'étendue de la tuméfaction sous-maxillaire, ses limites nettes, sa coexistence avec le gonflement de la muqueuse buccale m'en imposaient.

L'inflammation de la muqueuse du plancher de la bouche a habituellement la même origine que celle de la muqueuse buccale ; mais elle n'entraîne pas un gonflement aussi considérable.

L'inflammation du tissu cellulaire du plancher de la bouche est rarement spontanée.

Quand la suppuration suit une marche aiguë, à travers le tissu cellulaire, elle peut s'étendre vers la base de la langue, jusqu'à l'épiglotte et nécessiter une intervention active. Il est important de signaler deux circonstances qui sont défavorables à ce diagnostic : la douleur accusée invariablement, à chaque crise, par la malade, à la partie supérieure du cou ; le point de départ et la persistance du gonflement au-dessous de la langue, après la disparition du gonflement de la partie antérieure du plancher de la bouche ; enfin le siège de l'abcès indiqué par le toucher et par la direction de l'instrument.

Mais l'inflammation aurait pu avoir son point de départ dans les ganglions qui occupent cette région. Ces

(1) *De l'abcès sous-lingual*, Paris, 1875.

(2) *Essai sur les abcès d'origine dentaire et les accidents qui les accompagnent*, Paris, 1873.

ganglions explorés avec soin au début, ont été reconnus indemnes d'engorgement et de douleur. Cette recherche était nécessaire chez cette femme, dont la constitution paraît scrofuleuse.

L'inflammation isolée de la glande sous-maxillaire est rare ; elle coïncide souvent avec une parotidite ou succède par propagation aux adénites du voisinage. Je ferai observer que la glande ne forme pas de saillie à la région sus-hyoïdienne ; son siège ne présente pas de différence à droite et à gauche ; la pression extérieure combinée avec la pression dans l'intérieur de la bouche ne détermine pas de douleur et d'écoulement de pus par l'orifice des canaux de Warton Cet examen devait être rigoureux, parce que l'inflammation prononcée de cette glande peut donner lieu à une tuméfaction qui gagne la base de la langue et détermine de la gêne de la déglutition.

L'adéno-phlegmon de la glande sous-maxillaire est latéral et par conséquent les symptômes ne ressemblent pas à ceux qu'a présenté cette malade (1).

Je passe sous silence l'examen des glandes sublinguales, dont les lésions ne sont pas encore décrites.

Je n'insiste pas sur le diagnostic de corps étranger ou de calculs dans les glandes sous-maxillaires et les conduits de Warton, cause la plus fréquente de leur inflammation : les ponctions répétées avec le troquart, les recherches faites avec la sonde cannelée ont élucidé ce point douteux. Jusqu'alors, à cause de cette dureté au toucher, l'hésitation était légitime, car la grenouillette d'origine calculeuse peut en effet provoquer dans quelques cas une inflammation très étendue.

Mais je crois qu'il est impossible de confondre avec une grenouillette chronique cette tuméfaction inflammatoire sous-linguale.

Peut-on au contraire distinguer une grenouillette aiguë suppurée d'un abcès sous-lingual proprement dit ? Le docteur Dumonteil-Grampré dit, dans sa thèse, que ce diagnostic différentiel présente les plus grandes diffi-

(1) Le docteur Dubourg a rapporté à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux (Séance du 29 juillet 1881) une observation de ce genre d'inflammation.

cultés. Il n'y a guère qu'un signe qui pourrait faire différencier ces deux inflammations suppuratives, c'est le gonflement de la langue qui ne s'observe pas dans la grenouillette. Or ce gonflement existait chez ma malade.

Cependant je ne puis méconnaître que ces prodromes mensuels de douleur, de gêne de la déglutition et de gonflement de la région sublinguale, coïncidant régulièrement avec l'époque cataméniale, appartiennent bien plus aux grenouillettes aiguës qu'à l'abcès sous-lingual, qui a un début brusque (1).

Parmi les différentes formes d'inflammation de la langue, la glossite basique est celle qui ressemble le mieux à l'abcès sous-lingual. Dans la glossique basique, la langue ne peut-être retenue dans la bouche; elle s'insinue entre les arcades dentaires, les écarte et vient faire saillie au dehors. La phlegmasie débute par la langue au lieu de s'accuser tout d'abord au-dessous, et enfin le gonflement reste limité à l'organe, ne se montrant pas à l'extérieur. La position de la langue est due, dans mon observation, au refoulement de sa base par le foyer purulent beaucoup plus qu'à son propre gonflement.

Puis-je, enfin, supposer qu'une inflammation de l'arrière-gorge ait pu se propager jusqu'au plancher de la bouche et occuper la région sous-linguale, gagnant même la région sous-mentonnière? Mais dans tous les examens, j'ai reconnu qu'il n'existait aucun signe d'angine.

En comparant le tableau de ces différentes affections aux symptômes observés chez cette femme, il me paraît rationnel de supposer un abcès profond siégeant dans les tissus de la base de la langue et décrit par le docteur Dumonteil-Grampré sous le titre d'*abcès sous-lingual* (2).

En terminant le diagnostic de ce genre d'abcès, un coup d'œil rapide sur la région démontrera les difficultés d'en préciser le siège, patmi tant d'organes.

Le plancher de la bouche est divisé en deux parties inégales : une antérieure plus courte, située au-dessous

(1) M. Chevallereau a publié, dans la *France médicale*, l'observation d'une femme qui avait à chaque époque menstruelle, une douleur dans le canal de Warton et une grenouillette aiguë, et Delpech a signalé chez une femme la régularité de ces états inflammatoires, à chaque époque menstruelle.

(2) S. Duplay. *Traité élémentaire de Pathologie externe*. T. V, p. 126.

de la partie libre de la langue, et une postérieure, comprenant les deux tiers du plancher de la bouche et non distincte de la langue. Dans cette région, on voit d'abord le frein de la langue, replis muqueux en forme de croissant; de chaque côté de la partie antérieure de ce frein, une éminence papillaire, au sommet de laquelle s'ouvre le canal de Warton; les canaux excréteurs des glandes sublinguales s'ouvrent plus en arrière, dans le V formé par les veines ranines. Les glandes sublinguales forment un relief sous la muqueuse et s'étendent jusqu'à la base de la langue.

A la base de la langue, la muqueuse est plus mince et présente moins d'adhérence que sur le reste de l'organe; elle se réfléchit sur le plancher de la bouche. Au-dessous, on trouve du tissu conjonctif à larges mailles.

Fleichmann a décrit entre la muqueuse linguale et les muscles de la langue, près du frein, deux petites bourses séreuses, plus développées chez le vieillard et l'adulte que chez l'enfant. Le canal de Warton n'est séparé de la cavité séreuse que par la membrane d'enveloppe de cette cavité. La bourse muqueuse de Fleichmann, dont l'existence n'a pas été constatée par la plupart des anatomistes français, ne forme pas de cavité distincte des mailles de ce tissu conjonctif.

Sous la muqueuse, les muscles génio-glosses, qui forment un léger relief, sont en rapport, en dehors, avec la glande sublinguale et le conduit de Warton; en dedans, ils sont parallèles, séparés par un tronc lymphatique volumineux et du tissu graisseux. Plus en arrière, l'hyoglosse, muscle quadrilatère et vertical, dont la face externe est recouverte par des branches nombreuses anastomotiques entre le nerf lingual et le grand hypoglosse. Au-dessous, sur la face supérieure du mylo-hyoïdien, le génio-hyoïdien, à direction horizontale.

La cavité buccale est fermée en bas par le muscle mylo-hyoïdien, qui la sépare de la région sus-hyoïdienne dans ses deux tiers antérieurs; il constitue un plan musculaire ne présentant pas d'interruption; son bord postérieur ne possède aucune insertion; il existe là une large communication entre la cavité buccale et la région sus-hyoïdienne; c'est par là que la base de la langue va

se fixer à l'os hyoïde. Derrière ce bord libre, embrassé par la glande sous-maxillaire, s'engagent l'hyo-glosse, le stylo-glosse, le grand nerf hypoglosse, l'artère linguale et le canal de Warton.

Ce dernier, après avoir contourné le bord postérieur du muscle mylo-hyoïdien, passe entre ce muscle et l'hyo-glosse, puis entre les glandes sublinguales et le génio-glosse, vient s'ouvrir sur les côtés et en avant du frein. Le trajet de ce conduit fait communiquer le tissu conjonctif du plancher de la bouche avec la région sus-hyoïdienne. Ainsi donc s'explique l'œdème sous-mentionnier.

Sur les côtés du plancher de la bouche, est logée la glande sous-maxillaire, enveloppée dans un dédoublement du fascia cervicalis et entourée de ganglions : elle répond, en arrière, à l'extrémité inférieure de la parotide, et en haut à la face interne du muscle ptérygoïdien interne, en dedans elle repose sur le muscle hyoglosse et surtout sur le mylo-hyoïdien, derrière lequel elle envoie un petit prolongement; enfin elle répond au nerf lingual et à la muqueuse buccale; sa face externe est en rapport avec la face interne du maxillaire inférieur, qui est creusé d'une fossette pour la loger.

Les vaisseaux de cette région sont : l'artère sublinguale ou ranine, qui se détache de la linguale en avant du bord antérieur de l'hyo-glosse et se dirige d'arrière en avant dans le frein; des veines linguales superficielles; l'artère linguale, d'abord située au-dessous du muscle hyo-glosse, au-delà du bord antérieur de ce muscle devient sensiblement ascendante et se place sur la face externe du génio-glosse qu'elle suit jusqu'à la pointe de l'organe; les veines satellites de l'artère linguale. La présence de ces nombreux vaisseaux ne permet l'emploi du bistouri qu'avec la plus grande circonspection.

Des nerfs occupent également cette région et, en raison des blessures faites à leurs branches dans l'ouverture de l'abcès, ils doivent être mentionnés. Le nerf lingual, branche terminale du maxillaire inférieur, appartient surtout à cette région depuis l'endroit où il se trouve entre le ptérygoïdien interne et l'os maxillaire

inférieur. Il se place entre la glande sous-maxillaire et la muqueuse buccale, croise le canal de Warton entre le mylo-hyoïdien et l'hyo-glosse; sur le côté interne de la glande sublinguale, il pénètre dans la langue, où il se divise en nombreux filets qui se distribuent à la muqueuse, dans les deux tiers antérieurs. Ce nerf s'anastomose avec le nerf grand hypo-glosse et reçoit un rameau du nerf mylo-hyoïdien.

Le glosso-pharyngien se porte à la base de la langue, en passant entre le styloglosse et le stylo-pharyngien : les filets les plus externes se perdent sur les côtés de la langue.

Le grand hypoglosse passe de la région sus-hyoïdienne dans la région sublinguale, marchant d'arrière en avant sur la face externe de l'hyo-glosse. Il se divise en un grand nombre de branches qui traversent les faisceaux du génio-glosse et se distribuent aux fibres musculaires de la langue.

Des kystes peuvent se développer dans le tissu cellulaire sous-muqueux de la face inférieure de la base de la langue, ou bourse muqueuse de Fleichmann. On leur a donné, pour symptômes spéciaux, leur situation médiane et l'épaisseur plus grande de leurs parois.

L'abcès que j'ai observé présentait ces deux caractères principaux : situation médiane, au niveau du frein, légèrement plus développé à droite qu'à gauche, épaisseur et résistance des parois. Il n'était accompagné ni de rétention de salive, ni de gonflement douloureux des glandes sous-maxillaires, signes pathognomoniques des grenouillettes proprement dites.

Malgré cette analogie de symptômes, il convient de n'accepter cette interprétation qu'avec réserve. L'étiologie de la grenouillette aiguë a été le sujet d'une importante discussion, à la Société de chirurgie de Paris (séance du 3 juin 1874), entre le docteur Tillaux, qui explique l'apparition de la grenouillette aiguë par la présence *fréquente* de la bourse de Fleichmann, et le professeur Dolbeau qui a vu des tuméfactions subites de la bouche, de la langue survenant sans cause connue et qui ne sont pas des grenouillettes; ce sont des phéno-

mènes congestifs qui n'ont aucun rapport avec la bourse de Fleichmann (1).

L'opinion du professeur Richet (2) ne diffère guère. « Aujourd'hui, écrit le savant professeur, p. 415, la plupart des auteurs ne voient dans cette affection (grenouillette de la bourse muqueuse sublinguale) autre chose qu'un kyste glandulaire analogue à ceux qui ont été signalés à la face interne des lèvres et des joues..... Relativement à l'opinion qui place ces tumeurs dans une bourse séreuse, elle ne me paraît pas admissible, par la raison que si cette bourse existe, elle doit être fort rare.,,.. D'autre part, j'admets bien volontiers que souvent des kystes glanduleux développés sous la muqueuse peuvent simuler la grenouillette proprement dite. »

Ces kystes glanduleux se bornent à produire une gêne proportionnée au volume qu'ils occupent sous la langue, et ils sont beaucoup plus fréquents, que la dilatation des conduits de Warton, de Bartholin ou des glandes sublinguales.

Cette étude commandait la prudence dans le choix du titre de mon observation, et, bien que j'incline à penser que cet abcès tirait son origine d'un kyste, développé dans le tissu cellulaire sous-muqueux, et enflammé sans que j'en puisse deviner la cause, j'ai jugé plus sage d'adopter un titre résumant plutôt un fait clinique d'observation qu'une lésion anatomique.

Dans les derniers jours de la maladie, certains phénomènes nerveux sont survenus : tels que douleur vive dans l'oreille et le cou du côté correspondant à celui où l'instrument a porté, altérations et modifications du goût, et enfin blésité. Les recherches que j'ai pu me permettre sont trop insuffisantes, et, du reste, les traumatismes des nerfs de la langue ont été encore trop peu étudiés, pour en fournir une interprétation satisfaisante. « La blessure des nerfs de la langue, écrit le professeur Nélaton (3), n'a guère appelé l'attention des chirurgiens. Cependant il est à remarquer que quand ils ont été coupés ou incisés, il n'est pas rare de voir persister pendant des mois, quelque-

(1) Voir *Gazette heb. de médecine et de chirurgie*, 1874, p. 386.

(2) *Traité pratique d'anatomie chirurgicale*, troisième édition.

(3) *Eléments de Pathologie chirurgicale*, deuxième édition, p. 674.

fois des années, une violente douleur à la pointe de la langue, due sans doute au passage du courant nerveux par anastomoses. »

Le nerf lingual, nerf de sensibilité générale, donne la sensibilité tactile et gustative aux deux tiers antérieurs de la langue. La lésion de ses filets par la pointe du troquart explique les douleurs violentes éprouvées par la malade sur le bord et la pointe de la langue.

Mais le nerf lingual s'anastomose avec le nerf mylo-hyoïdien et, sur la face externe du muscle hyo-glosse, avec le grand hypoglosse. Ce dernier nerf, au moment où il devient transversal, donne une branche collatérale qui s'anastomose avec la branche descendante interne du plexus cervical. Un filet remonte jusque dans la langue, accompagnant la branche descendante de la douzième paire. Les douleurs du cou seraient ainsi la conséquence de ces diverses anastomoses. On sait qu'en sectionnant les nerfs lingual et hypoglosse sur des animaux vivants et en réunissant ensuite le bout central de chacun de ces nerfs à l'extrémité périphérique de l'autre, MM. Philippeau et Vulpian ont démontré que les nerfs ne sont que de simples cordons nerveux de transmission également aptes à propager les impressions centripètes et centrifuges.

Le grand hypoglosse est sensible, mais ainsi que le dit le professeur Longet, ce nerf ne jouit que d'une sensibilité d'emprunt comme le facial, et il la doit principalement aux filets anastomatiques qui lui sont envoyés par la première anse du plexus cervical : toutefois les anastomoses avec le nerf lingual ne sont peut-être pas sans influence sur la sensibilité des rameaux qui terminent l'hypoglosse.

Indépendamment des fonctions de nerf de sensibilité, le nerf lingual préside encore à la sensibilité gustative pour les deux tiers postérieurs de la langue, tandis que le glosso-pharyngien joue le même rôle dans le tiers postérieur de la langue. Les altérations du goût dépendent des lésions de ce nerf.

Le nerf grand hypoglosse tient sous sa dépendance immédiate, la contraction volontaire des muscles de la langue. Quelques filets ont pu être déchirés et cesser

ensuite de porter le mouvement à quelques-uns des faisceaux musculaires de la langue (1).

Dr U. DARTIGOLLES.

Tumeur sanguine (kyste) de la corde vocale inférieure gauche.

Par le Dr G. COUPARD.

Mme X..., vingt-huit ans, avenue du Bois-de-Boulogne, vient me consulter pour une gêne, une sensation de corps étranger qu'elle ressent dans l'arrière-gorge, qui revient et disparaît par intermittence, et principalement pour un enrouement constant qui date de cinq mois environ. Mme X... est grande, forte, d'une excellente santé. Tempérament lymphatique.

A l'examen du pharynx, je trouve sur sa paroi postérieure de grosses et nombreuses granulations et quelques mucosités desséchées très adhérentes.

Au laryngoscope j'aperçois la corde vocale inférieure gauche coupée transversalement à son tiers supérieur par un petit vaisseau. Ce petit vaisseau se termine par une dilatation rouge carminé, de la grosseur d'une petite tête d'épingle à base large, à sommet pointu. Elle est située exactement sur le bord libre de la corde vocale, et au moment du rapprochement des cordes inférieures elle occasionne à sa partie inférieure un écart entre les deux cordes.

Je fis suivre à Mme X... le traitement ordinaire de la pharingite catarrhale, et pour cette ampoule sanguine, je la cautérisai deux fois par semaine avec une solution de chlorure de zinc au 50°. A la cinquième cautérisation, l'ampoule est presque séparée de son vaisseau afférent qui est devenue filiforme à son extrémité. Ce vaisseau disparaît à son tour, et après douze cautérisations il n'y a plus de trace de la petite tumeur. Mme X... part pour la campagne et revient à Paris après deux mois d'absence. Je trouve les cordes sans aucune altération; la voix a repris son timbre normal.

(1) V. *Traité de Physiologie* de Longet. T. III, p. 52, 496, 582, 584. — Voir P. Lannegrace : *Terminaisons nerveuses dans les muscles de la langue et dans la membrane muqueuse*, Germer-Baillière, 1878.

Ce fait est le cinquième que j'ai pu observer. Le premier fut un des plus intéressants. J'avais affaire à un malade atteint de paralysie de la corde vocale inférieure gauche due à un anévrisme de la crosse de l'aorte. Il n'y avait aucune autre lésion. Sous l'influence de l'iodure de potassium, sans que la paralysie ait en rien diminué, le timbre de la voix était devenu meilleur quand, vers le milieu du deuxième mois de son traitement, le malade remarqua que sa voix s'enrouait de nouveau. L'examen laryngoscopique me montre un vaisseau coupant transversalement la corde gauche dans son tiers supérieur et se terminant vers son bord libre par une petite dilatation.

Je fais cesser le traitement à l'iodure de potassium et je conseille au malade de boire dans la journée deux ou trois verres de macération de quinquina. Je le revois de temps en temps. Le vaisseau est resté stationnaire, mais la dilatation a notablement augmenté et, un mois après le premier examen, elle a acquis le volume d'une grosse tête d'épingle, elle est ronde et d'un rouge carminé. L'anévrisme de la crosse fait des progrès, le malade est oppressé, le souffle est plus fort, le pouls plus petit, il existe un peu de dilatation pupillaire sans doute par compression du sympathique.

Je redonne l'iodure de potassium et quinze jours environ après, le petit vaisseau de la corde gauche a complètement disparu laissant sur son bord libre un petit polype séssile d'une coloration moins foncée et ayant plutôt l'aspect d'un fibrone que d'un kyste sanguin. Je ne revois plus le malade.

Dans les autres cas, le vaisseau s'est toujours montré au même niveau et toujours sur la corde vocale inférieure gauche. La dilatation variqueuse n'a jamais augmenté comme dans ce dernier cas, il est vrai que n'ayant affaire qu'à une affection locale, j'ai fait immédiatement des cautérisations.

Une jeune Hollandaise étudiant le chant ne put reprendre ses études qu'après trois mois de traitement.

Chez les autres une quinzaine de cautérisations suffirent pour leur rendre leur voix normale. Il ne nous à pas été donné, jusqu'à ce jour, de faire un examen histologique de ces petites tumeurs mais, il est très probable que nous

aurions trouvé les éléments de la muqueuse sous laquelle se fait cette extravasation sanguine ; chez le deuxième malade, le premier en date, le polype en vieillissant avait changé d'aspect. Il est vraisemblable que ce changement était dû à l'hypertrophie du stroma qui, en comprimant l'élément vasculaire, avait modifié l'apparence extérieure du néoplasme.

Revue de la Presse

Deux cas de sténose de la trachée occasionnés par des tumeurs malignes, par le Dr F. Fischer, assistant à la clinique laryngologique du professeur Schrötter (Vienne). — Après avoir cité les cas assez rares de tumeurs malignes de la trachée, publiés par Rokitansky, Fiédreich, Eppinger, Koch, Langhams, Schrötter et Mackenzie, l'auteur fait l'historique d'un cas analogue, qui s'est présenté à la clinique de Schrötter.

Il s'agit d'un homme de trente-trois ans, ayant la respiration bruyante, éprouvant des accès de suffocation la nuit, une prostration générale augmentant peu à peu. Ce malade a beaucoup maigri, la couleur de sa peau est sale et jaunâtre, tous symptômes qui font supposer une lésion grave.

A l'examen laryngoscopique on voit que le calibre de la trachée, à la hauteur du premier cartilage trachéal, est réduit à une fente de la largeur d'un 1/2 millimètre, dont la paroi antérieure et les parties latérales sont formées par des tumeurs jaunâtres recouvertes par la muqueuse ; à la même hauteur on distingue au niveau de la paroi postérieure une proéminence du volume d'un petit pois d'un rouge assez vif avec un fort éclairage on aperçoit une saillie du même genre, mais plus petite, située au-dessous de la tumeur du côté droit. Impossible de voir plus loin.

Quelle est la nature de cette tumeur ? Syphilitique ? mais le traitement spécifique ne produit aucun effet.

Les symptômes s'aggravent, la trachéotomie ne change en rien la situation et le malade succombe à une pneumonie intercurrente. La nécropsie permet de reconnaître l'existence d'un néoplasme carcinomateux ; la muqueuse trachéale

est dégénérée dans toute sa surface et dans une longueur de 7 centimètres, par conséquent la lumière de la trachée rétrécie circulairement à un très haut degré.

En dehors de l'infiltration pneumonique du poumon on ne trouve aucune autre lésion.

Le second cas du docteur Fischer a rapport à un carcinome de la glande thyroïde ayant envahi la trachée. La littérature ne contient également que très peu de cas de ce genre ; l'auteur en cite qui sont publiés par Forster, Rokitansky, Lebert, Foster et Weil. Voici le cas de Fischer :

Il s'agit d'une servante de cinquante-deux ans, qui raconte avoir reçu, il y a un an, un violent coup sur la gorge, cependant sans suites momentanées; mais peu de temps après, la respiration aurait commencé à être gênée d'une manière progressive. Depuis son enfance, elle est atteinte de goître. La voie est bonne. La respiration devient à chaque mouvement un peu bruyante.

L'examen extérieur de la gorge démontre l'existence de tumeurs constituées par les lobes hypertrophiés du corps thyrhoïde qui font supposer une compression de la trachée, qui n'existe pas en réalité, car le laryngoscope permet de reconnaître l'intégrité de l'organe vocale, mais à l'entrée de la trachée, au niveau du ligament laryngo-trachéal, on aperçoit une tumeur du volume d'une petite fève. Quelle est la nature de cette tumeur? Une excroissance granuleuse à la suite de la blessure ou bien un carcinome du corps thyroïde envahissant la trachée. Il fallait attendre le développement extérieur. Le bon état de santé se maintient encore pendant quelque temps, puis il finit par s'aggraver ; dyspnée, petites hémorrhagies ; développement et ulcérations de la tumeur intra-trachéale au point que la trachéotomie devient nécessaire. Après l'opération, il survient une notable amélioration de tous les symptômes, malheureusement une inflammation du médiastin se développe accompagnée d'une péricardite et d'une pleurésie gauche, qui amènent une fin subite.

La nécropsie démontre l'existence d'un carcinome médullaire du corps thyroïde envahissant la trachée. (*Monatsschr. fur Ohrenheilk.*, etc., n° 12, 1882.)

Laryngite tuberculeuse, valeur de la trachéotomie. — Le Dr Beverley-Robinson, à propos d'une observation de

phtisie laryngée qu'il communique à la *New-York pathological Society* (séance du 14 février 1883), fait observer que si quelques praticiens ont cherché à établir la curabilité de la phtisie laryngée, pour lui il reste convaincu que dans les cas de guérison il ne s'agissait pas de vraies phtisies laryngées. L'on ne pourrait, d'après l'auteur, se faire une opinion exacte de la nature de la maladie qu'après l'examen microscopique. En ce qui concerne la trachéotomie, il considère comme une erreur d'objecter que les malades souffrent de la présence de la canule ; bien au contraire, dit-il, ils bénéficient de l'opération qui devrait être pratiquée plus tôt qu'on ne le fait en général (*The med. Rec.*, 17 mars 1883).

Des lésions bulbaires chez les ataxiques à crises laryngées. — M. Dejérine fait, sur ce sujet, une communication qui peut être résumée comme il suit :

Les lésions du bulbe chez les ataxiques atteints de crises laryngées sont encore peu connues. Cruveilher a bien signalé une induration bulbaire, mais sans y insister. M. Demange aurait observé, de son côté, deux cas de sclérose diffuse du bulbe intéressant les noyaux du pneumogastrique et du spinal. J'ai eu récemment l'occasion de faire l'autopsie d'une ataxique que j'ai observée avec M. Landouzy. Cette malade, âgée de cinquante-quatre ans, présentait, outre les symptômes ordinaires de l'ataxie, de véritables crises laryngées. J'ai assisté à quatre de ces crises, elles étaient très intenses, survenaient sans cause appréciable et correspondaient exactement à la description qui en a été faite par M. Féréol.

Outre les lésions classiques de l'ataxie, j'ai trouvé à l'autopsie de cette femme une altération évidente des racines bulbaires (névrite atrophique). Le bulbe était sain, et, sauf les noyaux du spinal et du pneumogastrique, qui présentaient des lésions de nature dystrophique, identiques à celles que l'on trouve dans la paralysie labio-glosso-laryngée. Si ces lésions justifient, dans une certaine mesure, les accidents laryngés éprouvés par la malade, ils ne sauraient, du moins, nous en expliquer l'intermittence ; j'avoue que j'ignore actuellement les conditions capables de nous rendre compte de ce dernier phénomène. (*Soc. de Biolog.*, séance du 19 mai 1883).

Du traitement chirurgical de l'ozène (Le Dr W. Volkmann, (*Centrabl. f. chirurg.*, 1882, n° 5), a opéré deux cas d'ozènes fétides simples chez des jeunes filles par l'extirpation des cornets inférieurs et d'une grande partie des cornets moyens. En vain les solutions astringentes et désinfectantes avaient-elles été employées auparavant.

Chez les deux malades, les narines étaient étroites et le méat inférieur était seul perméable pour de petits instruments. Le nez était asymétrique.

Dans l'un des cas, la muqueuse était le siège d'une tuméfaction et d'une injection générale, la sécrétion était très abondante. Dans le deuxième fait, il existait un rétrécissement cicatriciel.

L'opération fut pratiquée de la manière suivante : on introduisit dans la narine une gouge concave aussi grosse qu'il fut possible et la tournant vers le méat moyen, on la fit pénétrer dans le nez à l'aide de deux ou trois coups donnés avec la main, après avoir dirigé la concavité de l'instrument en dedans on le tourna ensuite en bas. Puis l'on retira quelques débris de cornets et l'on plaça un tampon dans les fosses nasales, pour éviter l'hémorrhagie. (*London méd. Rec.*, 15 Avril 1883).

Du développement des kystes dans les sinus nasaux, par le Dr Gottfried Scheff (de Vienne). — Les kystes des sinus nasaux sont du genre muqueux. Luschka les attribue à une dégénérescence des glandes. L'auteur a trouvé par ses recherches qu'il y a encore une autre cause favorisant le développement des kystes, cause qui résulte de l'état histologique de la muqueuse.

D'après l'ordre de leur apparition, les différents sinus sont : les éthmoïdaux et l'antre d'Higmore formés avant la naissance ; les sphénoïdaux et les frontaux formés après la naissance.

Les caractères de la muqueuse sont d'être plus mince, que la muqueuse des fosses nasales ; la couleur en est grise ou jaunâtre. Partout où il n'y a pas de glandes, la muqueuse est transparente et très adhérente au périoste ; les trois sinus sont tapissés d'épithélium vibratil disposé sur une seule couche, au-dessous de laquelle se trouve la membrane hyatoïde (Basemen membrane). Les coupes verticales de la muqueuse

font reconnaître au microscope des dépressions appelées lacunes par l'auteur et qui sont également tapissées d'épithélium vibratil. Au-dessous de la membrane hyaloïde se trouve une couche plus ou moins riche en cellules lymphoïdes agglomérées surtout autour des lacunes et des vaisseaux, et enfin la couche interne se distingue par la présence de glandes en grappes ou isolées, tubuliformes et en accini, etc. De telle sorte que les kystes peuvent avoir, d'après l'auteur, une double origine.

La dilatation du conduit sécréteur des glandes (Luschka) ou 2° l'accumulation des sécrétions qui ne peuvent s'éliminer. L'auteur possède des préparations venant appuyer cette dernière assertion. (*Allg. Wiener médic. Zeit.*, n° 8, 1883.)

L. B.

Les déviations de la cloison nasale. Difficultés qu'elles apportent au cathétérisme de la trompe d'Eustache et nouveau moyen d'y remédier. — Recherches anatomiques et cliniques, par M. le Dr B. Lœwenberg. — M. Lœwenberg, étudie des difficultés que présente souvent le cathétérisme de la trompe d'Eustache, cette opération la plus usuelle et la plus importante de la chirurgie auriculaire.

Pour les déterminer, il a recours à la rhinoscopie antérieure et ces examens lui font affirmer que les obstacles ne siègent pas, comme on le suppose souvent, dans les cornets, mais bien dans la cloison. Ces obstacles sont constitués par les protubérances ou éperons relatés dans un mémoire antérieur (1).

Après avoir découvert par la rhinoscopie le siège toujours le même, de ces déformations, M. Lœwenberg a fait des recherches anatomo-pathologiques, basées sur la dissection de plus de cent têtes fraîches. Il a étudié en outre les crânes du musée Orfila et la collection du musée anthropologique du Muséum du jardin des Plantes.

Le résultat de ces recherches est que la cloison n'est absolument droite chez l'adulte qu'une fois sur sept. Les déviations se divisent en *verticales* et *horizontales* et peuvent être *supérieures* ou *inférieures*.

(1) Contribution au traitement du coryza chronique *In union medicale*, 28 juillet 1882.

La déviation horizontale inférieure de la cloison nasale, siège exactement à la jonction du septum osseux et du septum cartilagineux. Elle provient de ce que la partie osseuse de la cloison et la partie cartilagineuse ne se trouvent pas dans le même plan vertical, mais se réunissent sous un angle diédre saillant vers un côté et qui constitue précisément la déviation. Elle n'est pas toujours bornée à l'entrée de cavité, mais se continue souvent plus avant et règne tout le long de la cloison.

Dans la majorité des cas, la déviation inférieure forme la contre partie de la supérieure, en d'autres termes, la convexité de l'une est tournée du même côté que la concavité de l'autre.

Quelquefois, elle se fait en torsions ou en ondulations de la cloison. Ce n'est que dans la minorité des cas que les convexités regardent du même côté.

Outre les déviations horizontales, il existe des déviations en sens vertical, des plis règnant de haut en bas le long du septum narium dans sa partie antérieure.

La distinction exacte de ces deux groupes de déviations est importante à faire au point de vue du traitement des affections des cavités nasales.

Dans les déviations horizontales, en effet, l'obstacle apporté au passage de l'air par la convexité de la cloison d'une narine est compensé par la concavité de sa congénère.

Dans les déviations verticales, les déformations rétrécissant de haut en bas l'une des fosses nasales, cette compensation ne peut se faire.

Voilà pour les entraves apportées au rôle physiologique des fosses nasales. Reste à examiner l'influence exercée par les déviations sur le traitement des affections de ces fosses.

Dans le traitement du coryza chronique simple, l'auteur préconise le galvano-cautère. Il a modifié, pour les cas qui nous occupe, son galvano à action latérale en repliant la petite plaque de platine sur la face plate de l'instrument de façon à le rendre plus apte à être passé.

Dans les polypes muqueux, après l'ablation du polype avec l'anse galvano-caustique, ou l'écraseur à anse de fil de fer froide, c'est encore à l'usage de la galvano-caustique qu'il faut avoir recours pour la guérison en cautérisant le point d'implantation. Encore est-il nécessaire de n'agir que guidé

par le speculum et le réflecteur. On évite de la sorte les tâtonnements et l'arrachement du cornet.

Les déviations de la cloison nasale apportent aussi une gêne considérable dans le traitement de l'épistaxis. Il suffit pour le comprendre de se rappeler que l'examen rhinoscopique ayant fait découvrir le point, quelquefois très limité, d'où le sang s'écoule, un petit tampon de coton absorbant ou d'amadou, sec ou imbibé d'une solution de perchlorure, ont raison de cet accident. Que ce point soit masqué par la déviation, et les manœuvres chirurgicales deviennent difficiles.

Il n'y a pas jusqu'à la douche naso-pharyngienne (douche de Weber), ce procédé si éminemment utile pour le traitement de la muqueuse de ces cavités à laquelle les déviations de la cloison ne nuisent. Introduisez le liquide par la narine rétrécie, il tombe sous le sens que la diminution du calibre entrave sa libre entrée. C'est là un inconvénient. Si vous poussez le jet par la narine dilatée il y a danger. Lancé dans celle-ci, en effet, le liquide injecté arrive en abondance au pharynx nasal et, après l'avoir traversé sur le voile du palais relevé, envahit par derrière la cavité nasale rétrécie. L'accroissement de résistance et de pression dû à la diminution de l'ampleur du canal peut produire l'entrée du liquide dans la trompe et même dans la caisse du tympan. On a observé des otites violentes produites par ce mécanisme.

M. Lœvenberg conseille, dans ce cas, l'emploi d'une seringue dont la personne qui pratique la douche puisse à volonté diminuer et même arrêter le jet et de n'employer la douche que du côté de la fosse nasale rétrécie.

Mais où il est surtout utile d'obvier à la deviation de la cloison, c'est dans les cas qui nécessitent le cathétérisme de la trompe. Les déviations horizontales supérieures importent peu puisqu'elles n'exercent aucune influence sur le méat inférieur le seul que le cathéter doit traverser.

Disons d'abord que la déviation horizontale inférieure dirige sa convexité plus souvent à gauche qu'à droite, d'où la plus grande difficulté du cathétérisme de l'oreille gauche. C'est ce qui ressort de l'examen des crânes du Muséum et d'observations personnelles. Sur 39 cas observés par lui, M. Lœvenberg a dessiné 28 déviations à gauche contre 11 où elles existaient à droite. De quelque côté que soit la déviation, le cathétérisme est entravé de la manière suivante :

Le bec de la sonde heurte la protubérance qui lui fait face, barrant le méat inférieur où l'opération doit s'accomplir. Si l'on persiste, la protubérance fait dévier la pointe de l'instrument, laquelle vient alors butter contre le cornet inférieur ou bien passe dans le méat moyen.

Comment procéder pour achever le cathétérisme. M. Lœvenberg, rejette toute opération sanglante jugeant inutile de supprimer l'obstacle puisqu'il est possible de le tourner. On peut d'abord éviter le passage difficile en introduisant la sonde par la narine opposée à l'oreille malade. Mais ce procédé est difficile et ne permet pas d'introduire le bec de la sonde assez avant dans le canal de la trompe pour pouvoir faire pénétrer efficacement des bougies ou des liquides. La vraie méthode consiste à pratiquer le cathétérisme guidé par la rhinoscopie antérieure simultanée. M. Lœvenberg pose en principe la nécessité d'explorer l'intérieur du nez chez toute personne qui réclame des soins pour une maladie de l'oreille. (*Progrès médical.* — N[os] du 21 Avril, du 28 Avril ; du 5 Mai 1883).

Déchirures multiples du lobule de l'oreille autoplastie. — Une femme opérée récemment dans le service de l'hôpital Tenon, par le docteur Lucas Championnière, était un exemple assez intéressant d'une lésion de l'oreille assez peu commune. Cette femme qui tenait beaucoup à porter des boucles d'oreilles, mais ne choisissait pas toujours bien la matière des dites boucles d'oreilles, s'était fait percer le lobule à plusieurs reprises. Mais chaque fois la boucle avait coupé les tissus et le lobule de l'oreille gauche était divisé en une série de petits pendants fort disgracieux.

Cette sécabilité des tissus du pavillon de l'oreille se rencontre dit-on, chez les scrofuleux. La femme en question ne présentait aucune trace de scrofule. L'oreille droite quoique moins abîmée que la gauche avait souffert aussi de la présence de la boucle d'oreilles.

Nous avons déjà observé quoique à des degrés moindres cette destructivité du lobule de l'oreille. Elle paraît être le résultat d'une sensibilité propre de la peau et du cartilage qui se laisse trancher. Dans les cas où elle tient à la scrofule le pavillon de l'oreille est en outre sujet à de l'œdème et à des éruptions multiples.

Ici le meilleur mode de réparation consistait à réséquer tous les pendants et à rattacher le lambeau le plus postérieur avec le point d'insertion à la peau de la tête pour former un nouveau lobule. Cela fut fait pendant l'anesthésie. A l'heure actuelle en quelques jours, car la malade pansée convenablement n'eut aucune suppuration, la cicatrisation a été obtenue, le lobule restant paraît encore un peu détaché de la tête, mais il sera rapproché par le retrait de la cicatrice et si, par hasard cela ne suffisait pas, un point de suture le fixerait aisément. (*Journ. de méd. de chir. prat.* Juin 1883.)

Ostéite condensante de l'apophyse mastoïde. — (*Condensing ostitis of the mastoïd process*), par Albert H. Buck (de New-York). — L'hyperostose de l'apophyse mastoïde de l'os temporal, a été jusqu'ici considérée bien plus comme un état pathologique que l'on découvre par hasard dans le cours des opérations pratiquées sur cet os ou dans les autopsies, que comme une affection bien définie, ayant une existence propre et des caractères particuliers. Tous les chirurgiens ont trépané des apophyses mastoïdes de malades atteints de caries osseuses, et ont été étonnés de trouver les cellules mastoïdes totalement ou en partie comblées, présentant une substance dure comme l'ivoire et absolument dépourvues de pus. Il est curieux de noter cependant que la douleur a été calmée par l'opération et que l'inflammation aiguë a été dès lors en s'éteignant. Ce n'est pas une petite difficulté que d'expliquer ce fait. Plusieurs exemples de cette sorte semblent autoriser le Dr H. Buck, de New-York, à dire que, dans les cas qui réclament la trépanation de l'apophyse mastoïde, il est impossible de dire la plupart du temps si on a affaire à une carie ou à une simple congestion de l'os.

Plusieurs fois, quand il croyait plonger son instrument dans une collection bien limitée de pus et à travers une région osseuse cariée, cet auteur avait la surprise de ne trouver aucune trace de pus.

Le Dr C. R. Agnew, de New-York, est le premier qui exprima l'idée que l'inflammation des cellules mastoïdes n'aboutit pas forcément à la carie de l'os. Il est convaincu, dit-il, que la carie n'est pas le résultat invariable et immédiat des affections des cellules mastoïdes, et que quelquefois, elles peuvent donner lieu à une ostéite avec hyperplasie qui

comble les cellules en totalité ou en partie. (Report of the American Otological Society, 1870.) En 1673, le Dr Buck établit que, bien qu'il s'agisse là d'une condition pathologique distincte, nous sommes cependant en possession de faits cliniques qui nous permettent de nous guider dans la recherche d'un diagnostic positif. L'hyperostose de l'apophyse mastoïde est liée à une inflammation catarrhale chronique ou purulente de l'oreille moyenne. Sa marche est insidieuse et elle s'accompagne rarement de symptômes marqués, ce qui fait qu'elle n'est généralement découverte qu'après la mort. Comme la membrane très mince qui tapisse ces cellules sert à la double fonction de membrane muqueuse et de périoste, on comprend, du reste, qu'une congestion chronique de cette membrane a pour résultat, d'une part, l'épaississement et, d'autre part, l'hypertrophie de l'os qu'elle nourrit. Alors, à la place de l'air contenu normalement par ces cellules, on trouve une masse osseuse dense, dont la substance est pénétrée par de petites collections de tissu connectif vasculaire. Avec ses premières indications, on ne pouvait pas encore faire un diagnostic certain. En 1876, le Dr J. Orne Green, de Boston, publia le compte-rendu de cas dans lesquels il avait diagnostiqué l'hyperostose des apophyses mastoïdes et vérifié ensuite, par l'opération, son diagnostic. Enfin, en 1879, Arthur Hartmann, de Berlin, publia un travail dans lequel il conclut que l'hyperostose est une affection idiopathique des cellules mastoïdiennes, qu'elle est consécutive à une inflammation de l'oreille moyenne et qu'elle cause des douleurs violentes (*Archives of Otology*, 1879). Voilà l'historique de la question. Il n'en est pas moins vrai qu'aujourd'hui encore c'est là une maladie dont la description est vague et sans unité. Albert Buck s'efforce de réunir toutes ces données diverses, tous ces fragments en un tout complet, dans l'espoir de faire la lumière là où il n'y a que confusion.

Cette confusion est due à ce que dans son travail de 1873, l'auteur a décrit comme autant de variétés ce qui n'était que des phases diverses de la même maladie, à ce que les cas observés ne sont pas assez simples, assez dépourvus de complications pour être considérés comme des *types*, à ce qu'enfin les dénominations dont on se sert sont mauvaises. Au lieu d'hyperostose, sclérose, ostéo-sclérose des cellules mas-

toïdes, il est mieux de dire *ostéite condensante des cellules mastoïdes.*

L'auteur passe à l'exposé des observations qu'il a faites: elles sont au nombre de trois. Il les considère comme typiques, car elles réunissent à la fois le degré maximum d'hyperplasie et le minimum d'intensité dans les complications. La première est incomplète, l'auteur n'ayant pas pu suivre le malade jusqu'au bout et la troisième a été reproduite dans le travail de Green.

L'auteur fait ensuite quelques réflexions générales sur les observations qu'il a rapportées et il les termine par les indications suivantes, énumérées dans l'ordre d'importance. Il pense qu'elles faciliteront le diagnostic :

1° La persistance d'une douleur franche dans et autour de la région mastoïdienne indique l'existence du pus dans la caisse, l'absence d'une otite aiguë, moyenne ou intense, et l'emploi des mesures thérapeutiques ou habituelles;

2° La présence des signes extérieurs comme la rougeur, le gonflement et la douleur à la pression au niveau de l'apophyse mastoïde est une preuve presque absolue d'ostéite condensante de l'apophyse. L'augmentation de volume de l'os, dans cette région, peut être considérée comme un signe certain de cette affection; (1)

3° L'existence antérieure d'une inflammation purulente chronique de l'oreille moyenne suffit pour présumer que les cellules mastoïdiennes sont fortement réduites, sinon oblitérées, à la suite de poussées réitérées d'ostéite subaiguë (*The med. Rec.*, 10 mars 1883, p. 258).

(1) Il nous semble que la percussion pourrait également être employée avec avantage pour reconnaître l'état de vacuité ou de plénitude de l'apophyse mastoïde ; la marche générale de l'affection devant permettre de soupçonner la nature probable du contenu mastoïdien. Dr E. J. Moure.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Pharynx.

Fonegra. — Des épithéliomes glandulaires ankystés du voile du palais (*Thèse Paris*, 1883).

Fourrier. — De la prothèse palatine (*Thèse Paris*, 1883).

Lebrun. — Du muguet primitif du pharynx dans la fièvre typhoïde *Thèse, Paris*. Juin, 1883).

MAC NEIL WHISTLER. — Un cas d'affection maligne de l'amygdale. (*Méd. Times and Gaz.* 26 Mai 1883).

NETTER. — Sur l'élément bucco-naso-pharyngien dans la fièvre typhoïde (*Progr. méd.* 2 Juin, 1883).

VIGOT. — Des polypes fibro-muqueux de la cavité naso pharyngienne (*Thèse Paris*, 1883).

Nez.

HARDIE. — Tumeur naso-pharyngienne, section ostéo-plastique du maxillaire supérieur, (*Manchester, med. Soc.* 4 Avril, 1883 et *The Brit. méd. journ.* 5 Mai 1883).

VALSHAM. — Note sur l'influence de la déviation de la cloison du nez sur la voix chantée. (*The Lancet*, 21 Avril 1883).

Larynx.

HOWARD. — Physiologie de la voix considérée au point de vue des causes de laryngites chroniques particulières aux chanteurs et aux orateurs. (*The hahne mannian monthly*, n° 6, juin, 1883).

INGLE. — Paralysie des extrémités à la suite d'un mal à la gorge. (*Brit. med. journ.* 19 Mai 1883).

KNOX. — Traitement des tumeurs du larynx. (*France méd.* 14 Juin 1883. *anal*).

MERKLEN. — Œdème aigu de la glotte dans le cours d'une fièvre typhoïde. Trachéotomie, mort. (*France méd* , 14 Juin 1883).

Oreilles.

GRUBER. — Du diagnostic de la perforation du tympan (*Alleg. Wien. med. Zeit.* n° 8. 1883).

HOUGHTON. — De l'acide borique dans l'otite moyenne suppurée (*The hahnemannian monthly*, n° 4, Avril, 1883).

Varia.

BARKER. — Excision d'un petit goître (*Clinic. soc. of London et Brit. med. journ.* 2 Juin, 1883).

BLAND (George). — Tentative de suicide, en se coupant la gorge, accès d'asphyxie, guérison; Remarques (*The Lancet*, 19 Mai, 1883).

CHAMPNEY CLARKE. — Un cas de paralysie labio-glosso-pharyngée survenue à l'âge de vingt-trois ans (*The Lancet*, 23 Juin 1883.)

DUPLOUY. — Ankyloglosse totale (*Soc. de chirurg.*, séance du 30 Mai, 1883).

GORE (Albert). — Trois cas de goître aigus, traités avec succès par les applications externes de Biiodure de mercure (*The Dublin, journ. of med. Sc.* 1er Juin, 1883).

IVINS (Horace). — De la trachéotomie dans la diphtérie pharyngo-laryngienne (*The hahne mannian, monthly*, n° 4, Avril, 1883).

O'NEILL. — Un cas d'hémorrhagie de la bouche du nez et des poumons, (*The Lancet*, 26 Mai, 1883).

STOKES (William). — Excision d'une énorme tumeur, probablement un ostéo-fibrome, de la base du crâne. (*Brit. méd, journ.* 9 Juin, 1883).

TORNTLEY STOKER. — Extirpation de la glande thyroïde, (*Acad. of med. of Ireland.* (*surgical section*) *et Brit. med, journ.* 2 Juin, 1883).

XX. — Gastroscopie et Œsophagoscopie. Quelques résultats donnés après leur emploi. (*Philadelphia méd. Times* 5 Mai 1883.

Le propriétaire-gérant, Dr E. J. MOURE.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER, rue Cabirol, 16.

4e Année. N° 8. 1er Aout 1883.

REVUE MENSUELLE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

SOMMAIRE. — **Travaux originaux** : Syphilis; Nécrose des os du nez; Expulsion de la partie centrale du sphénoïde, par le Dr J. Baratoux. — Du pronostic et du traitement de la tuberculose laryngée, par le Dr E. J. Moure. — Tuberculose laryngée, nécrose et expulsion d'un cartilage aryténoïde, exostose du cricoïde ayant formé une épine osseuse et perforé l'œsophage, par M. Dignat, interne à l'hôpital Saint-André, de Bordeaux. — **Compte-rendu de la Société de Laryngologie d'Amérique. — Revue de la Presse.**

TRAVAUX ORIGINAUX

Syphilis. — Nécrose des os du nez. — Expulsion de la partie centrale du sphénoïde.

Parmi les affections qui se portent dans les fosses nasales, la syphilis est, sans contredit une de celles qui y font le plus de ravages. En effet, la plupart du temps, les lésions ulcéreuses ou gommeuses qui attaquent ces organes se présentent avec un tel caractère d'indolence que le malade ne découvre son affection que par hasard; c'est ainsi que nous soingons actuellement un individu qui vînt nous consulter pour une cuisson légère qu'il éprouvait dans la gorge lorsqu'il buvait du vin ou de l'alcool. L'examen du pharynx nous fait découvrir une vaste gomme en nappe occupant toute la moitié droite de cet organe. Dans le nez, nous aperçumes une destruction complète de la paroi cartilagineuse, lésion ignorée par le malade qui avait seulement remarqué la facilité avec laquelle il pouvait introduire son index dans la partie antérieure de ses fosses nasales.

Les troubles de l'odorat peu sensibles au début n'attirent pas l'attention du malade; l'odorat diminue peu à peu au fur et à mesure qu'est détruite la muqueuse olfactive, de sorte que cette odeur fétide à laquelle on a donné le nom d'ozène peut apparaître sans que celui qui la répand s'en aperçoive. Il est plutôt frappé des mucosités abondantes qu'il mouche et qu'il attribue à un rhume de cerveau.

L'affection marche alors progressivement et arrive à détruire les cornets, la cloison ainsi que les os propres du nez

Quand les lésions ont attaqué ceux-ci, le nez ne tarde pas à s'affaisser, et si l'affection n'est pas arrêtée dans sa marche envahissantes, une partie des os de la face et du crâne se recroisent. C'est ainsi que M. le professeur Fournier en a observé plusieurs cas dans le service de M. Ricord et que M. Delpech a cité l'histoire d'un malade qui eut une destruction des cornets, des os propres du nez, du rebord, alvéolaire, du maxillaire supérieur droit de la voûte palatine, de l'os malaire et l'unguis droit, de l'ethmoïde, de la région moyenne du coronal, du corps du sphenoïde et de l'angle basilaire de l'occipital.

Cependant, dès que l'affection a atteint un certain degré d'étendue, une série de phénomènes plus ou moins douloureux se montrent accompagnés de reflux nasal des solides et des liquides, de phonation nasonnée, d'ozène, de perte de l'odorat, du goût, et même de l'ouïe, lorsque les orifices des trompes d'Eustache sont envahis par le processus pathologique.

Les phénomènes généraux apparaissent alors : amaigrissement, anémie, intoxication par ingestion des mucosités purulentes qui s'écoulent de toutes les parties cariées; inappétence et cachexie qui conduisent le malade à la mort. D'autres fois il est enlevé par une pneumonie intercurrente, comme dans le cas suivant :

M. Laurent Ch..., âgé de trente-six ans, se présente à notre dispensaire le 26 avril 1883.

Le malade nous raconte avoir eu, vers 1868, un chancre induré suivi de plaques muqueuses, d'érythème, de papules, etc., de nature syphilitique.

Vers 1872, il est pris de douleurs siégeant dans les fosses nasales. A partir de cette époque, il ne cesse de moucher des mucosités purulentes, répandant une odeur de punaisie très marquée. Parfois ces sécrétions abondantes renfermaient de petits fragments osseux.

Dans le courant de l'année 1874, Ch... vint consulter M. le Dr Jardin pour une céphalée opiniâtre qui l'empêchait de dormir. Notre confrère lui prescrivit de l'iodure de potassium à la dose de 4 à 5 grammes par jour. Lorsque le malade prenait ce médicament, la sécrétion nasale augmentait, mais la céphalée diminuait considérablement. Alors il suspendait de lui-même son traitement pour le reprendre après un temps plus ou moins éloigné, suivant que son mal de tête était plus ou moins intense. Un jour, c'était au commencement de 1875, il apporta à M. Jardin un fragment d'os assez considérable qu'il avait rendu en se mouchant : c'était un des cornets; depuis ce moment, il remarqua, de temps en temps, dans les mucosités nasales, des parties osseuses assez volumineuses pour lui permettre d'en reconnaître la nature.

Depuis cette époque, M. Jardin n'avait plus revu son malade, lorsqu'il y a huit jours, celui-ci vint le trouver à sa consultation pour un point de côté qu'il ressentait dans le côté gauche. Notre confrère reconnut une pneumonie pour laquelle il lui conseilla de garder la chambre, mais Ch... n'en continua pas moins ses occupations habituelles. Quelques jours après, il venait nous trouver pour le débarrasser de la mauvaise odeur que répandait son nez. Ch... paraît très affaibli; sa respiration est courte, haletante; son oppression remonte à quelques mois déjà, nous dit-il. Nous voulons l'ausculter, mais le malade nous répond que M. Jardin lui a donné un traitement pour son affection de poitrine.

Actuellement, le malade ne présente aucun accident syphilitique du côté de la peau ou des muqueuses, si ce n'est du côté du nez.

Sa forme extérieure est peu modifiée; il est cependant légèrement aplati au niveau de l'extrémité antérieure des os propres, mais cette déformation est peu prononcée si on la compare aux lésions intérieures de cet organe.

En effet, à l'examen rhinoscopique, nous constatons

la destruction complète des cornets inférieurs et moyens; les fosses nasales forment une seule cavité assez vaste dont les parois sont recouvertes de mucosités noirâtres. Vers leur milieu, on aperçoit une masse solide assez mobile dont il est difficile de reconnaître la nature, car elle est entourée de mucosités épaisses.

La luette n'existe plus; sur la ligne médiane de la voûte palatine, à l'union de ses portions osseuse et membraneuse, est une perforation triangulaire qui laisserait passer l'extrémité du petit doigt.

Le pharynx nasal est aussi tapissé de mucosités qui empêchent de distinguer ses diverses parties. Inutile de dire que le malade ne respire plus par le nez et que l'olfaction a disparu depuis longtemps.

Nous conseillons au malade de faire usage d'injections nasales au sulfate de soude afin de nettoyer ces cavités.

Dès la première injection, le malade sent qu'une masse se déplace dans ses fosses nasales, et bientôt il rend par la bouche un fragment d'os que l'injection a chassé.

Cet os nécrosé, d'odeur nauséabonde, offre les dimensions suivantes : longueur, 20^{mm}, largeur 15^{mm}, hauteur (à sa partie médiane) 10^{mm}. Ses faces supérieure et inférieure viennent se rejoindre à angle aigu, tandis que sa face antérieure monte nettement le cul-de-sac des sinus sphénoïdaux séparés par la crête sphénoïdale ; à sa partie inférieure sont les restes du rostrum, de chaque côté duquel s'insérait le vomer. Cet os n'est autre que la partie centrale du sphénoïde. L'on sait que celui-ci a des rapports importants : les nerfs olfatifs, les nerfs optiques, l'artère ophthalmique, la carotide interne, le sinus caverneux, les trois, quatre et cinq paires crâniennes, le nerf et la veine ophthalmiques, le vomer et l'ethmoïde, sont en rapport respectivement avec ses faces supérieure, latérale, inférieure et antérieure. A part la nécrose de ces deux os, les autres organes voisins paraissent sains, si l'on en juge par les troubles apparents. Il est vrai que le malade est privé de l'olfaction, mais l'absence de ce sens est facilement explicable par l'état de la muqueuse olfactive.

Quelques jours après s'être présenté à notre dispen-

saire, M. Jardin nous apprend que Ch... a succombé à sa pneumonie, lentement asphyxié, sans avoir présenté de phénomènes cérébraux; quelques minutes avant sa mort, il causait avec les membres de sa famille.

Depuis le jour où le sphénoïde nécrosé était sorti des fosses nasales, l'écoulement purulent s'était tari; cependant, du pus concret sortait de temps en temps par la bouche venant, nous dit son médecin, de la partie supérieure du voile du palais.

Nous ne saurions déterminer l'époque à laquelle remontait la nécrose du sphénoïde. Ce qui nous a frappé dans cette observation, c'est l'absence de symptômes cérébraux, si ce n'est toutefois la céphalée opiniâtre et celle des troubles de l'œil; malgré le voisinage de vaisseaux sanguins importants, le malade n'a pas eu d'hémorrhagie.

L'autopsie de Ch... n'a pu être faite.

J. Baratoux.

Du pronostic et du traitement de la tuberculose laryngée.

par le Dr E. J. Moure.

La tuberculose laryngée est certainement l'affection qu'ils nous est donnée d'observer le plus communément et sous ses formes les plus variées. Pour bien des praticiens, car il faut le dire, le fait n'est que trop souvent vrai, qui dit tuberculose laryngée, dit affection mortelle, contre laquelle il est inutile de lutter. Découragé dès le début, le médecin combat sans énergie et l'on peut dire sans confiance, convaincu à l'avance que toute médication dirigée contre cette terrible maladie échouera fatalement. « Le manque de foi, comme l'écrivait récemment le professeur Jaccoud (1) engendre l'inertie » et bientôt l'on arrive à délaisser le malade oubliant que si l'on ne peut guérir l'on peut du moins toujours soulager. Un

(1) *De la curabilité de la phthisie pulmonaire*, Paris, 1881.

pronostic aussi sombre doit-il être conservé, telle est la question que je me propose d'examiner ici.

De tout temps la question de la curabilité de la phthisie laryngée a soulevé des opinions contradictoires, et déjà en 1837, Trousseau et Belloc (1) signalaient des exemples de guérison de cette maladie, mais nous savons quelle signification avait alors l'expression phthisie laryngée (2) aussi ne pouvons-nous guère juger de la valeur véritable de l'assertion émise par ces auteurs pourtant bien consciencieux.

Nous ne signalerons également que pour mémoire les cas de guérison cités par Turck et même ceux de Tobold (3) qui publia deux observations : « Je connais pour ma part, écrivait-il, des cas dans lesquels j'ai observé non-seulement un arrêt temporaire de la maladie mais une guérison complète. Deux de ces malades qui habitaient Berlin vinrent me consulter ayant toutes les apparences de la tuberculose laryngée et pulmonaire. Dans deux cas, cependant, je pus constater après quelque temps, par l'auscultation et l'examen laryngoscopique, la guérison de cette affection. »

Depuis cette époque, les observations se sont multipliées et durant ces dernières années surtout, bien des auteurs ont apporté le fruit de leur expérience dans le but de détruire l'opinion trop universellement adoptée de l'incurabilité absolue de toute lésion tuberculeuse soit des poumons, soit du larynx. Nous nous bornerons à signaler parmi les auteurs les plus connus, Stœrck, Schrotter, Rossbach, Gerhardt, Fränkel, Schnitzler, Maurice Schmidt, Prosser James, Bosworth, Porter, Fletcher Ingals, etc. etc., tous praticiens distingués qui affirment la curabilité de la phthisie laryngée et qui ont même fourni des preuves à l'appui de ce qu'ils ont avancé. D'un autre côté, des auteurs non moins compétents et aussi dignes de foi, tels : Mandl, Isambert, Krishaler et Peter, Masseï,

(1) *Mémoire sur la phthisie laryngée*, Paris, 1837.

(2) Sous la dénomination de phthisie laryngée, on comprenait à cette époque toute affection ulcéreuse susceptible de déterminer l'émaciation du malade.

(3) Cité par E. J. Bœckel, *Dictionnaire de méd. et chirurg. prat.*, p. 261 *Art. Larynx.*

se rangent à l'avis opposé et affirment que, quoiqu'on fasse, l'affection est toujours mortelle. Cependant la plupart d'entre eux admettent la possibilité d'améliorer notablement et même de guérir l'ulcère tuberculeux (Rhüle) qui cicatrisé dans un point va fatalement se déclarer dans un autre (Krishaler), et qui finalement emportera le malade.

N'est-ce pas déjà un premier pas fait vers la croyance, à peu près générale aujourd'hui, de la possibilité de guérir la tuberculose laryngée.

Je dois avouer que, pour ma part, je crois non-seulement à la guérison *temporaire* de l'ulcère et même de la laryngite tuberculeuse, mais même à sa guérison définitive.

Il est bien évident qu'il ne faudrait pas vouloir généraliser cette proposition et croire que, dans tous les cas, cette terrible affection est susceptible de rétrograder d'une manière absolue. Ce serait évidemment dépasser ma pensée, car il existe malheureusement des formes de tuberculose laryngée qui sont au-dessus des ressources de l'art et dans lesquelles nous devrons nous borner à soulager le malade. Dans d'autres cas les parties atteintes ne reviendront jamais à l'état normal et le malade guérira soit avec un moignon d'épiglotte, soit avec une ankylose d'un aryténoïde ou d'autres lésions, mais en sera-t-il moins hors de danger pour cela ?

Je ne veux pas dire non plus qu'un malade guéri d'une affection tuberculeuse du larynx sera à l'abri de toute poussée de même nature du côté de cet organe, car telle n'est pas évidemment ma manière de voir, mais si l'affection a été susceptible de guérir une première fois, elle pourra encore être curable à la seconde poussée ainsi qu'à toutes celles qui pourront survenir dans la suite. C'est ainsi qu'un malade de ce genre sera susceptible de parcourir une carrière assez longue et de mourir à un âge déjà avancé. Peut-être sera-t-il emporté alors par son affection tuberculeuse, mais que lui importera, s'il a vécu aussi longtemps que l'on peut vivre ; ne faut-il pas toujours arriver à mourir ?

Un rhumatisant guéri d'une poussée est-il à l'abri de toute nouvelle invasion du mal ? Ne reste-t-il pas, sa vie

durant, sous l'influence de cette diathèse qui, par une lésion cardiaque ou cérébrale, peut également occasionner sa mort?

A côté des malades qui restent en puissance d'une diathèse toujours prête à se manifester, je crois qu'il en existe d'autres, moins nombreux toutefois, chez lesquels, la première lésion étant guérie, on pourra, grâce à une hygiène sévère, éviter toute poussée ultérieure et parvenir à modifier le terrain sur lequel avait évolué l'affection primitive.

Je me bornerai à rapporter une seule observation qui me paraît assez probante pour mériter d'être signalée ici :

Mme E. Cr..., chapelière, âgée de quarante-huit ans, se présente le 13 janvier 1879 à la clinique du docteur Fauvel.

Elle est malade depuis trois ans, époque à laquelle elle a eu, dit-elle, un chaud et froid qui lui a causé une bronchite dont elle ne s'est point guérie; depuis, elle a continué de tousser.

Antécédents héréditaires. — Sa mère vit encore.

Père mort d'une affection pulmonaire dont elle n'a pu préciser la nature.

Deux sœurs mortes tuberculeuses, l'une à 35 ans, l'autre à 22 ans.

Une nièce morte de la même maladie à 27 ans.

La malade s'est aperçu depuis cinq ou six mois qu'elle avait maigri de 22 livres. Elle a perdu l'appétit et les forces. Pas de diarrhée, mais vomissements fréquents après des quintes de toux. Elle est ordinairement bien réglée. Sa voix a commencé à se voiler depuis environ deux ans et demi, et depuis cette époque il y a eu des alternatives de mieux et de mal.

Etat actuel. — Les symptômes précédents continuent leurs cours, la malade amaigrie ne parle plus qu'à voix basse. En l'examinant on trouve d'abord :

Le voile du palais est profondément décoloré ainsi que la muqueuse du vestibule laryngien.

La région aryténoïdienne seule tranche par sa rougeur uniforme sur le reste de l'organe.

La corde vocale inférieure gauche se meut difficilement.

Du côté droit, la corde vocale supérieure rouge et un peu œdématiée recouvre presque entièrement le ruban vocal de ce côté, mais on ne constate aucune ulcération.

La malade se plaint de douleurs du côté du larynx, peu exagérées par la pression, mais augmentées par les mouvements de déglutition.

Pas de ganglions, sous-maxillaires ou occipitaux, engorgés.

Poumons. — La percussion ne donne qu'une légère submatité sous la clavicule gauche et au niveau de la fosse sus-épineuse de ce même côté.

L'auscultation, au contraire, révèle des craquements à timbre humide sous la clavicule gauche.

La respiration est rude, et l'expiration prolongée du côté droit.

La malade est mise à l'huile de foie de morue, l'arséniate de soude, le phosphate de chaux, et on lui ordonne aussi un vésicatoire à demeure au bras gauche.

Le 27 janvier. On constate un défaut de rapprochement des cordes vocales inférieures et de la rougeur surtout marquée au niveau de la corde vocale inférieure droite.

La malade dit aller beaucoup mieux, mais la voix a plutôt encore baissé de ton.

27 février. La malade présente sous la corde vocale inférieure droite une végétation polypiforme qui occupe sa partie postérieure ; cette tumeur a un aspect rougeâtre, elle déborde la corde vocale de ce côté et n'est autre chose qu'un gonflement de la muqueuse sous-glottique (œdème sous-glottique).

La corde vocale supérieure droite a un peu diminué de volume, mais les rubans vocaux présentent un aspect grisâtre.

26 mars. La malade, depuis le 27 février, s'était plainte à différentes reprises de sueurs nocturnes et de toux suivie d'expectoration qui rendaient son sommeil pénible ; on lui ordonna une potion opiacée et des pulvérisations bromo-morphinées pour calmer la douleur qu'elle éprouvait, pendant la dgélutition surtout. A ce moment, la douleur se transmettait nettement à l'oreille.

L'examen laryngoscopique montra l'existence de petites végétations grisâtres à l'extrémité postérieure de la corde vocale droite, de l'œdème de la région aryténoïdienne du côté opposé; la corde vocale gauche était rouge et ulcérée par places. L'œdème sous-glottique n'avait pas augmenté.

30 mars. La malade se plaint d'accès de suffocation revenant par intervalles. L'examen montre une rougeur généralisée de tout le vestibule de la glotte.

Toute la muqueuse est œdématiée, et la fente glottique mesure environ 1 millim. 1/2 en arrière à sa partie la plus large. (Voir pl. nº 1, fig. 8.)

La malade respire difficilement; elle a du cornage et un peu de tirage. La voix est chuchotée. En l'interrogeant, on apprend qu'elle s'est exposée depuis quelques jours aux vapeurs d'acide sulfureux, pour le nettoyage des chapeaux de paille. C'est la cause qui a déterminé cette inflammation aiguë surajoutée aux lésions préexistentes et déterminé ce gonflement de toute la muqueuse laryngée.

Le 3 avril. Les accès de suffocation allant en augmentant d'intensité, le cornage et le tirage ayant augmenté, l'ouverture de la glotte se rétrécissant de plus en plus, on se tient prêt à faire la trachéotomie qui est pratiquée dans la nuit du 4 au 5 avril. Depuis, la malade respire avec sa canule.

Les lésions pulmonaires ont fait un peu de progrès. Des deux côtés on entend des râles humides surtout marqués à gauche (1).

En 1880, je pratiquais l'examen laryngoscopique et constatais *l'absence absolue* de toute lésion de la muqueuse laryngée, les cordes vocales étaient blanches, mais un peu moins nacrées qu'elles ne le sont à l'état normal, surtout chez la femme, elles étaient également un peu relâchées et la région aryténoïdienne, sans être tuméfiée, semblait cependant moins ferme qu'à l'état physiologique.

La malade, qui avait notablement engraissé, parlait alors d'une voix claire, mais un peu molle et peu vibrante.

(1) Cette partie de l'observation a été déjà publiée dans mon travail inaugural (*De la syphilis et de la phthisie laryngée, au point de vue du diagnostic*, Paris, 1879), et j'ai même rapporté l'image du larynx dans les planches qui accompagnent mon travail (pl. I, fig. 7 et 8).

Du côté des poumons, on constatait encore une certaine rudesse du murmure respiratoire, mais on ne pouvait découvrir le moindre râle. La malade portait encore sa canule fermée, il est vrai, mais elle n'avait pas voulu la quitter, craignant d'éprouver une nouvelle gêne respiratoire et redoutant l'intervention chirurgicale.

Depuis cette époque, j'ai revu tous les ans la malade et j'ai même eu encore tout récemment de ses nouvelles. Elle a repris toutes ses occupations, a même été enrhumée, mais sa guérison ne s'est jamais démentie un seul instant et l'état du larynx est absolument normal, ainsi qu'il résulte de l'examen de cet organe, pratiqué dernièrement par mon confrère et ami, le docteur G. Coupard.

Je pourrais encore citer bien des exemples, plus récents cependant que celui que je viens de signaler, mais je me bornerai à renvoyer le lecteur au travail inaugural de mon chef de clinique, M. le docteur Ducau (1), qui a résumé dans son intéressant mémoire des faits nombreux de guérison de tuberculose laryngée dont la nature était indubitable.

La guérison de la phthisie laryngée étant admise, il nous reste à savoir de quelle manière s'opère cette guérison et quels sont les moyens thérapeutiques les plus aptes à favoriser ce mode de terminaison de la maladie.

Elle s'opère par le même processus curateur qui préside à la guérison de la tuberculose pulmonaire et dont les histologistes nous ont révélé le secret. «Les travaux des histologistes, écrit M. Jaccoud (2), en particulier ceux de mon excellent ami et éminent collègue Grancher, ont établi l'importance et la fréquence d'un processus curateur qui peut enrayer le développement du tubercule, gros ou petit, à un moment quelconque de son évolution, et le transformer en un produit inoffensif, désormais sans action sur l'organisme non plus que sur le tissu voisin. Ce processus consiste dans la transformation fibreuse du néoplasme; cette transformation n'est

(1) **Des formes cliniques de la tuberculose laryngée. Pronostic et traitement, Paris, 1883, O. Doin, édit.**

(2) *Loc. cit.* p. 74.

point exceptionnelle, elle n'est pas même absolument rare; permettez que je vous rappelle, à ce sujet, l'importante déclaration de Grancher : « Ce qui (en dehors des caractères anatomiques) différencie l'évolution du tubercule de celle du cancer, c'est la tendance *naturelle* du tubercule à devenir fibreux. » Il s'agit donc ici d'une transformation inhérente à la nature même de la lésion, et non point d'un travail fortuit et irrégulier. En fait, tout tubercule, quelle qu'en soit la forme, est soumis dès sa naissance à deux processus opposés : l'évolution caséeuse au centre, l'évolution fibreuse à la périphérie. De la prépondérance définitive de l'une ou de l'autre de ces transformations, dépend la destinée ultérieure de la néoplasie : elle s'étend et entraîne le tissu de l'organe dans sa destruction propre, si la caséification et le ramollissement l'emportent; elle demeure stationnaire et dépourvue de toute influence nocive sur le tissu qui la renferme, si l'évolution fibreuse est totale, c'est la guérison. »

Comme je le disais un peu plus haut, l'on ne peut évidemment pas espérer obtenir de véritables cures, dans tous les cas de tuberculose laryngée, car ce n'est guère que dans les formes lentes (chroniques) de l'affection, que l'on aura surtout des chances d'obtenir un succès, tantôt relatif et quelquefois complet; mais toujours on arrivera à soulager le malade et lui éviter ces douleurs intolérables qui accompagnent les dernières périodes de la maladie.

Pour ce qui concerne les moyens thérapeutiques, disons tout d'abord que, dans quelque cas, la maladie n'a aucune tendance à s'étendre, et que parfois même, et je suis sur ce point absolument de l'avis de mon éminent confrère le docteur Schrötter, la *tuberculose laryngée* ulcéreuse, guérit presque d'elle-même par de simples moyens hygiéniques.

Il faut cependant avouer que ces cas sont les plus exceptionnels et qu'avec un traitement approprié l'on pourra bien mieux arriver à un bon résultat. (1)

(1) Il ne faudrait pas, à l'exemple de quelques praticiens un peu trop sceptiques, être convaincus à l'avance et de parti pris, que toute affection qui guérit n'était pas de nature tuberculeuse; émettre une pareille assertion,

Je ne rappellerai pas ici tous les remèdes prétendus spécifiques et pronés comme infaillibles, ces agents thérapeutiques ayant généralement le tort de ne réussir que dans les mains de leurs promoteurs, je me bornerai à donner quelques indications générales que l'on pourra modifier suivant les besoins de la cause.

L'on devra tout d'abord songer à l'état général et dans ce but, on prescrira avec avantage, la médication habituelle (huile de foie de morue, arsenic, phosphate de chaux, glycérine même, etc., etc.; les frictions sèches d'abord, et alcoolisées ensuite, faites régulièrement et tous les jours, sur tout le corps rendent parfois de grands services par la stimulation qu'elles impriment à la circulation cutanée. On s'abstiendra avec soin de toute médication irritante, même substitutive (séjour au bord de la mer, sulfureux).

En même temps, on recommandera au malade d'éviter toute cause d'irritation locale (fumée de tabac, abus de la parole, absorption de vapeur ou poussières irritantes, etc., etc.

Comme traitement local, j'ai l'habitude de prescrire des pulvérisations phéniquées ou créosotées au 1/1000, d'après l'une des formules suivantes :

Acide phénique ou créosote de hêtre........................	6 à 8 gouttes.
Alcool pur....................	5 grammes.
Glycérine pure..............	20 grammes
Eau distillée...................	300 —

Pour employer avec un pulvérisateur à vapeur, matin et soir, ou même trois fois par jour, pendant une durée de 3 à 5 minutes.

L'acide phénique en pulvérisation donne surtout de bons résultats lorsqu'il y a un certain degré d'inflammation de l'organe vocal (1). S'il existe des ulcéra-

serait méconnaître la compétence de bien des auteurs assez habitués au maniement du laryngoscope et ayant déjà une pratique assez longue pour que l'on puisse avoir une confiance absolue dans la valeur de leur diagnostic. Il faut considérer en outre, qu'il ne s'agit pas d'un fait unique, mais d'observations nombreuses, et rapportées par des auteurs bien différents et tous dignes de foi.

(1) J'emploie même avec succès en général, cette pulvérisation dans quelques cas de pharyngo-laryngite chronique simple, lorsque la muqueuse est hypérémiée ou enflammée.

tions intra-laryngées (épiglotte, région aryténoïdienne), je me trouve bien de l'emploi d'un gargarisme ou plutôt d'un bain de gorge fait matin et soir, après la pulvérisation, avec une solution iodo-iodurée et laudanisée légère.

Je fais dans ces cas généralement usage de la formule suivante :

Iode métallique................	0,15 à 0,20 cent.
Iodure de potassium...........	0,25 cent.
Laudanum de Sydenham........	2 à 3 gr.
Glycérine pure................	120 grammes.

Mettre une cuillère à café de ce liquide dans un demi verre d'eau tiède pour employer en gargarisme (Bain de gorge).

En cas de douleurs les badigeonnages iodo-iodurés, et les pulvérisations bromo-morphinées donnent en général, de bons résultats.

A cette indication locale faite tous les jours par le malade, j'ajoute l'emploi de topiques appliqués une ou deux fois par semaine sur la partie atteinte du larynx à l'aide du porte-ouate, ou porte-éponge laryngien.

Je dois dire d'abord que, d'une manière générale, et cela à l'exemple de beaucoup de mes confrères, je proscris d'une manière absolue l'emploi de caustiques (nitrate d'argent, acide chromique, en solutions concentrées, ces topiques m'ayant toujours paru activer le mal plutôt que de l'enrayer.)

Dans les ulcérations chroniques de la muqueuse laryngée, je donne la préférence aux solutions iodo-iodurées, laudanisées légères, aux solutions d'acide phénique ou de créosote dissous dans la glycérine neutre. Au contraire, lorsque les ulcérations sont vastes et accompagnées de gonflement inflammatoire, de phénomènes douloureux (dysphagie), je remplace ces topiques par des solutions de clorhydrate de morphine et de glycérine (1/50 ou 1/80), qui calment rapidement les douleurs si elles sont bien employées.

Je ne parle pas de l'iodoforme, qui n'offre, à mon avis, aucune espèce davantage sur les médications que je viens de signaler, mais qui a plusieurs inconvénients. Je ne parlerai pas de la possibilité de produire une intoxica-

tion, car je crois le fait rapporté par Kœnig absolument exceptionnel (1).

Je me bornerai à faire observer que l'iodoforme pour être employé en solution, doit être dissous dans l'éther, et l'on doit comprendre combien est douloureux et pénible pour le malade, un attouchement fait avec une solution éthérée. De plus, l'iodoforme employé soit en solution, soit en poudre, a toujours une odeur tellement désagréable et même tellement repoussante pour bien des malades, que la plupart, après avoir été soigné par ce procédé, ne peuvent prendre aucune nourriture, de telle sorte, qu'en définitive si le larynx semble s'améliorer, l'état général devient plus mauvais et le dénouement fatal n'en arrive pas moins.

Enfin, il me reste à parler de la trachéotomie, que quelques rares auteurs (Beverley Robinson), ont voulu ériger en mode de traitement, je ne rejetterai point l'opération d'une manière absolue, puisque sur le cas relaté un peu plus haut elle m'a été d'une grande utilité pour empêcher d'abord le malade de succomber, et ensuite pour aider à la guérison du mal, mais je crois que l'on ne devra l'appliquer que dans les cas analogues au mien, c'est-à-dire lorsque l'asphyxie deviendra tellement menaçante, qu'elle forcera le médecin à courir au plus pressé et à sauver d'abord l'existence menacée à courte échéance.

Tels sont, en peu de mots, les règles générales de con duite qui me semblent rationnelles pour combattre une affection dont tout le monde connait la gravité.

D[r] E. J. MOURE.

(1) Cet auteur cité par Rossbach (*Berlin. Klin. Woch*, 1882, n° 2, p. 28), dit avoir observé un cas d'intoxication après l'application d'un gramme d'iodoforme (*Centrabl. f. chir.*, n[os] 7 et 8, 1882).

Tuberculose laryngée, nécrose et expulsion d'un cartilage aryténoïde, exostose du cricoïde ayant formé une épine osseuse et perforé l'œsophage.

Par M. DIGNAT, interne à l'hôpital Saint-André, de Bordeaux.

Dans la séance de la Société d'anatomie de Bordeaux, du 17 avril 1883, nous présentions les pièces d'un malade

que nous avions observé assez soigneusement dans le service de M. le docteur Mandillon, à l'hôpital Saint André. L'étendue des lésions et la rareté de quelques unes d'entr'elles, nous ont semblé offrir assez d'intérêt pour mériter la publication. Nous allons d'abord exposer les détails de l'observation : (1).

Delhoume (Martial), maçon, actuellement âgé de quarante-trois ans, originaire de la Haute-Vienne, sans antécédents héréditaires, a joui, jusqu'en l'année 1877, d'une excellente santé. A cette époque, il eût, ainsi qu'il le raconte « un rhume négligé », à la suite duquel persista une toux opiniâtre, en même temps que survinrent quelques hémoptysies légères qui se reproduisirent plusieurs fois pendant une période de deux ou trois mois. Au bout de ce temps, les crachements de sang cessèrent et firent place à d'autres accidents du côté de l'appareil digestif, tels que diarrhée et constipation se succédant tour à tour, à des intervalles irréguliers. Néanmoins, le malade put continuer son travail comme d'habitude, et cet état s'étant spontanément modifié, Delhoume se trouva très bien portant dans la suite.

Vers le mois de décembre de l'année 1881, il se sentit devenir faible, en même temps qu'il constatait chez lui un amaigrissement très notable. En outre, il recommença à tousser et ressentit quelques douleurs au niveau des clavicules et des épaules, surtout du côté gauche. Quoiqu'il eût fréquemment des crachements, jamais, à cette époque, il ne remarqua de sang dans ses crachats. Cet état de faiblesse extrême l'obligea à garder le lit pendant quelque temps.

Au mois de mars de l'année suivante, il ressentit, pour la première fois, quelques picotements à la gorge. Ces picotements étaient plus intenses lorsqu'il toussait. De plus, la tonalité de sa voix baissa, et dès ce moment, celle-ci resta constamment eurouée. Le malade eut alors recours à des gargarismes, mais sans aucun succès, car l'état de son larynx, loin de s'améliorer, ne fit que s'aggraver de jour en jour, jusqu'à ces derniers temps, où les douleurs devinrent telles que la toux était très pénible pour Delhoume. Il y eut en outre désormais un peu de gêne respiratoire.

L'état général devenant plus mauvais, le malade entra, le

(1) Voir *Bull. de la Soc. d'anat. et de phys. norm. et path. de Bordeaux.*

29 janvier 1883, à l'hôpital Saint-André, salle 19, lit 10, (service de M. Mandillon), où nous l'avons observé depuis.

Etat actuel. — Maigreur considérable du corps. Les cuisses du malade sont aussi grêles que les bras d'un homme de constitution ordinaire. Poitrine rétrécie ; relief des côtés très-marqué. Saillie considérable des clavicules. Les omoplates se dessinent très-nettement sous la peau. Le visage est pâle. Ce qui, en outre, frappe surtout chez notre malade, à la simple inspection, c'est un bruit laryngien assez net qui se produit à chaque mouvement respiratoire, et une raucité considérable de la voix toutes les fois qu'il parle.

La percussion révèle une submatité générale du côté gauche du thorax. Du côté droit, la submatité existe seulement dans la moitié supérieure : au-dessous, sonorité presque normale.

A l'auscultation, on entend dans toute l'étendue du poumon gauche des craquements humides avec râles et bruits de gargouillement. Au poumon droit, dans sa moitié supérieure spécialement et surtout vers le sommet, on perçoit quelques craquements. Dans tout le reste de ce poumon, diminution du murmure vésiculaire, respiration puérile, et expiration prolongée.

La température est normale.

Le cœur est sain.

Pouls petit, mais régulier.

Le malade tousse fréquemment, et la toux provoque des douleurs très vives au niveau du larynx. Expectoration assez abondante. Les crachats sont blanchâtres, semi-visqueux, légèrement purulents, et parfois striés de sang.

Delhoume ne paraît pas avoir de fièvre ; il se plaint d'avoir chaque soir des sueurs abondantes.

L'appétit est assez mauvais. Malgré les douleurs qu'occasionne la déglutition des aliments solides, il peut encore manger. Cependant, le malade a une préférence marquée, par suite de la sensibilité extrême du larynx, pour les aliments semi-liquides. Rien de spécial du côté des autres appareils. Comme traitement, on prescrit : potion calmante, toniques, et de plus, gargarisme et collutoire.

L'état du malade ne varie pas sensiblement jusqu'au 10 février. Ce jour-là Delhoume souffre beaucoup du larynx. Il

déclare en outre ne pouvoir se gargariser, ni badigeonner l'arrière-gorge, avec le collutoire à cause des douleurs que provoquent ces manœuvres. On lui fait dans la journée deux injections de morphine.

Le 13 février, il a une hémoptysie abondante. La sensibilité de la gorge est telle qu'il n'avale plus d'aliments solides, ni ce jour-là, ni les jours suivants. Delhomme se nourrit exclusivement de bouillon et de lait. Les injections sous-cutanées de morphine sont faites au niveau de la région sous-hyoïdienne, sans que le malade éprouve par ce fait, plus de soulagement.

Le 2 mars, le malade ne peut plus avaler ni bouillon ni lait. De même le lendemain.

Le 4 mars, nous avons recours au cathétérisme de l'œsophage. Nous essayons à trois heures d'introduire la sonde, mais sans y réussir. La sonde, enfoncée de quelques centimètres dans l'œsophage provoquait des accès de suffocation tels que nous nous hâtons de la retirer. Quelques minutes après cette nouvelle tentative nous faisons un nouvel essai : mêmes difficultés par suite de la suffocation.

En outre, nous sentons, à un moment donné, que la sonde est resserrée par des contractions spasmodiques du conduit œsophagien, suffisantes pour l'empêcher de pénétrer plus profondément. Nous éprouvons même une certaine résistance lorsque nous le retirons. Ayant renoncé au cathétérisme, on prescrit des lavements alimentaires.

A la visite du lendemain, notre chef, M. Mandillon, essaie, à son tour, d'enfoncer la sonde. Une première tentative échoue. A la seconde, l'instrument pénètre à fond, mais un nouvel accès de suffocation étant survenu, il est retiré aussitôt, sans qu'on ait pu l'utiliser pour alimenter le malade. On s'en tient désormais à deux lavements alimentaires par jour.

Delhoume reste ainsi pendant cinq ou six jours, sans pouvoir rien avaler. Il est presque complètement aphone. Au bout de ce temps, il parvient à avaler quelques gorgées de lait et de bouillon. Malgré tout, on lui administre toujours ses lavements.

Cet état se prolonge jusqu'au 2 avril, où le malade a une nouvelle hémoptysie très abondante dans la nuit. Les douleurs de gorge, continues et très intenses, s'exagèrent encore dans des accès atroces, qui se renouvellent fréquemment et que

rien ne peut calmer. En dehors de ces crises, Delhonme reste dans un état somnolent; il lui est de nouveau impossible d'avaler quoi que ce soit (1). Il reste ainsi jusqu'au 10 avril.

Ce jour-là, surviennent une diarrhée abondante et des sueurs considérables. En outre, dyspnée très grande. Le malade est complètement aphone.

Le 11 avril, même état.

Le 12, le pouls est très petit; les extrémités sont froides et la peau couverte de sueurs. Le malade est dans une torpeur profonde. Au lieu d'injection de morphine, nous pratiquons deux injections sous-cutanées d'éther.

Le 13, même état : ce jour-là également, deux injections d'éther. Le malade meurt à sept heures du soir.

(L'examen laryngoscopique n'a jamais été pratiqué.)

Autopsie. — *Poumons.* Le poumon gauche est criblé, dans toute son étendue, de tubercules en dégénérescence caséeuse, dont les dimensions sont, en moyenne, de 3 à 4 millimètres de diamètre. On trouve, en outre, au sommet de ce même poumon, une grosse caverne, ayant à peu près le volume d'un œuf de poule.

Le poumon droit a ses deux lobes supérieurs criblés, comme celui du côté opposé, de tubercules de même aspect et de même dimension. Au sommet, on trouve un foyer gangréneux dont le volume peut être comparé à celui d'une grosse noix. Le lobe inférieur contient très peu de tubercules : il est le siège d'une congestion très forte; mais se laisse encore pénétrer par l'air.

Cœur. — Petit, feuille-morte. Pas d'insuffisance valvulaire, soit aux orifices artériels, soit aux orifices auriculo-ventriculaires.

Foie. — Volume à peu près normal; un peu congestionné.

Reins. — Normaux.

Larynx. — Le larynx est enlevé avec la langue et l'œsophage. A sa *surface externe*, on constate des ulcérations nombreuses sur les replis glosso-épiglottiques qui sont un

(1) La dysphagie que présente ce malade paraît due simplement aux douleurs que provoquent les mouvements de déglutition, douleurs analogues à celles que produisent chez lui les efforts de toux, et non, comme on pourrait le supposer, à des accès de suffocation qui surviendraient au même moment. Ces accès de suffocation n'ont pas été observés chez Delhoume en dehors des moments où le cathétérisme œsophagien fut pratiqué. Jamais, en effet, tant qu'il a pu avaler des aliments, soit solides, soit liquides, nous n'avons constaté de suffocation, pas même dans les derniers jours, quand il pouvait avaler encore, quoique très péniblement, quelques gorgées de liquide.

peu œdématiés. La face postérieure de l'épiglotte est le siège elle-même d'ulcérations superficielles n'ayant pas mis à nu le cartilage. Cet opercule n'est pas très œdématié.

L'œsophage étant ouvert par une incision parallèle à son axe de sa paroi postérieure, on constate une perforation de la paroi antérieure de cet organe. La partie perforée est arrondie ; ses dimensions sont à peu près égales à un 1/2 centimètre de diamètre. Les bords sont nets, non déchiquetés, et la muqueuse, à son voisinage, est rouge violacée. Par cette ulcération, sort dans la cavité de l'œsophage une pointe osseuse, ressemblant à une canine de chien, tant par sa forme que par sa couleur. *(Voir fig. 1.)*

Le thyroïde est en partie ossifié, sur ses portions latérales. Le cricoïde paraît être sain dans ses deux tiers inférieurs.

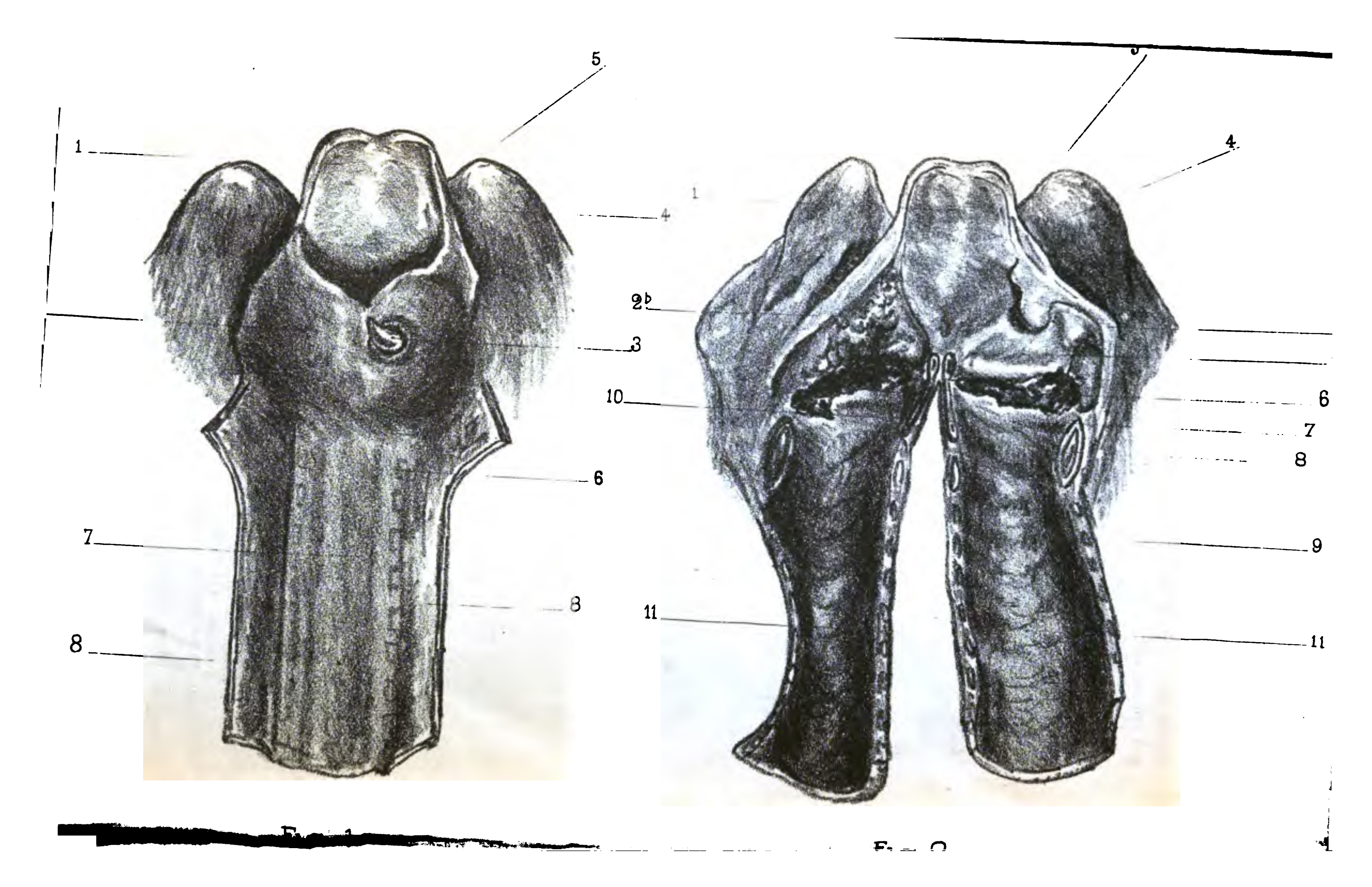
Surface interne. — Le larynx étant ouvert dans le sens de sa longueur, on constate l'état suivant : *(Voir fig. 2.)*

Toute la face médiane et laryngée de l'épiglotte est saine. Sur ses parties latérales, et au niveau de la base, existent des ulcérations qui se prolongent jusque sur la face interne des replis aryténo-épiglottiques. Ces derniers sont le siége d'un gonflement œdémateux considérable, et sont hérissés de petites saillies verruqueuses.

La bande ventriculaire gauche est tuméfiée, bourgeonnante, et au-dessous de cette dernière, dans le ventricule de Morgagni, existe une vaste ulcération très profonde, ayant mis à nu le cartilage thyroïde dans sa partie antérieure, au niveau de l'insertion de la corde vocale qui a en grande partie disparu. Une véritable cavité remplie de pus, au moment de l'ouverture du larynx, est creusée à ce niveau dans l'épaisseur de la muqueuse et du thyroïde.

Le cartilage aryténoïde de ce côté a complètement disparu, et au niveau de l'articulation crico-aryténoïdienne se trouve une cavité également remplie de pus, ainsi que de fragments venant en partie de la base de l'aryténoïde, en partie de la face supérieure du cricoïde, qui est ossifié à ce niveau.

Du côté droit, la bande ventriculaire est très légèrement œdématiée ; le ventricule de Morgagni est assez net, et la corde vocale inférieure de ce côté, légèrement tuméfiée, est détruite dans son tiers postérieur. Au niveau de la partie postérieure du larynx, et au point où finit le repli ary-épi-


1
5
4
2b
3
6
7
8
8
1
4
10
6
7
8
9
11
11

glottique de ce côté, existe une ulcération à bords anfractueux, recouvrant toute la face interne du cartilage aryténoïde qui est ossifié et en partie nécrosé.

L'articulation crico-aryténoïdienne du côté droit paraît saine.

Plus en arrière, et au-dessous, sur la face supérieure du cricoïde qui est ossifié à ce niveau, se trouve une véritable exostose en partie nécrosée, ayant absolument la forme du crochet de chien. Cette exostose perfore, comme le ferait une épine, la paroi postérieure du larynx pour venir faire saillie jusque dans l'œsophage. Elle présente une coloration jaune ambré et a le même aspect et la même consistance que l'ivoire dentaire.

La paroi postérieure du cricoïde est saine.

La muqueuse de la trachée est ulcérée, et érodée dans la plus grande partie de son étendue. Les anneaux trachéaux sont sains. *(A suivre)*.

EXPLICATION DES FIGURES.

Fig. 1. — Larynx vu par sa face postérieure, l'œsophage est encore adhérent par sa paroi intérieure à la face postérieure de la trachée, il a été simplement partagé en arrière sur la ligne médiane et rabattu de chaque côté.

1 Epiglotte.
2. — Paroi postérieure du larynx correspondant au chaton du cricoïde;
3. — Exostose éburnée en forme de dent, ayant perforé la paroi œsophagienne et venant faire sa saillie dans ce conduit;
3. — Face interne et latérale du cartilage thyroïde;
5. — Sommet de la grande corne du cartilage tyroïde ;
6. — Partie postérieure des anneaux de la trachée vus par transparence à travers la paroi œsophagienne;
7. Paroi antérieure et interne de l'œsophage;
8. Paroi postéro-latérale de l'œsophage;

Fig. 2. — Larynx et trachée ouverts par leur partie postérieure.

1. Epiglotte, vue par sa face postérieure (laryngée);
2. Bande ventriculaire droite tuméfiée et ulcérée au niveau de sa paroi ventriculaire, du côté gauche;
2. *(Bis)*, elle est fongueuse et également ulcérée;
3. Repli ary-épiglottique;
4. Face interne et latérale du cartilage thyroïde;
5. Grande corne du cartilage thyroïde;
6. Ventricule de Morgagni ulcéré et rempli de végétations du côté gauche, et au niveau de la partie postérieure, on aperçoit une anfractuosité qui était remplie de pus.
7. Corde vocale inférieure déchiquetée au niveau de son bord supérieur et en partie détruite dans son tiers postérieur du côté gauche;
8. Chaton du cartilage cricoïde sectionné;
9. Anneaux de la trachée sectionnés;
10. Partie antérieure (angle rentrant) du cartilage thyroïde divisée verticalement ;
11. Paroi interne de la trachée.

Compte-rendu de la Société de Laryngologie d'Amérique.

Séance du 21 mai 1883.

Présidence du Dr Lefferts.

L'association laryngologique d'Outre-Mer a tenu sa cinquième séance le 21 mai 1883, à New-York, sous la présidence du docteur George Lefferts. Trente-six membres et plusieurs étrangers assistaient aux réunions du Congrès annuel.

Nouveaux faits en laryngologie (*New facts in laryngologie*). — Après avoir adressé l'allocution d'usage, le Président appelle l'attention sur une série de faits dont il rapporte deux exemples :

L'histoire clinique est habituellement la suivante : Un homme d'apparence robuste se trouvant à table est pris tout à coup d'une quinte de toux assez courte, puis tombe sans connaissance, mais aussi sans avoir de contraction musculaire. Presque aussitôt il se relève et reprend sa conversation comme s'il n'était rien arrivé. Ces attaques surviennent très rarement, mais on observe plus souvent des pertes de connaissance moins complètes et toujours accompagnées du même paroxysme de toux. D'autres fois même les attaques ne sont pas précédées d'un cri ni suivies d'absence dans les idées. Charcot a décrit ces faits sous le nom de vertige laryngien, et Gray les considère comme une manifestation particulière de l'épilepsie. D'après les deux cas observés par lui, le docteur Lefferts inclinerait à considérer ces phénomènes comme étant l'aura épileptique.

Le docteur Elsberg, n'est point de l'avis de Charcot, ni de Gray en ce qui concerne la nature de cette affection, qu'il considère comme un spasme des muscles adducteurs du larynx auquel serait dû la courte durée de l'attaque et le salut du malade.

Knight (de Boston), s'appuyant sur ce fait déjà connu qu'une série d'inspirations et d'expirations prolongées suffit pour produire la perte de connaissance, pense que l'affection

pourrait avoir sa cause dans un trouble des fonctions respiratoires.

Le docteur INGALS rapproche cette perte de connaissance de celle que l'on observe parfois dans les cas de dégénérescence graisseuse du cœur.

Le docteur JOHNSTON (de Baltimore) se rattache à l'opinion exprimée par les docteurs Knigth, et M. MAYOR (de Montréal), et à celle du docteur LEFFERTS.

Sur une forme commune d'impuissance vocale due à des processus pathologiques (*A common form of vocal disability resulting from pathological processes*). — Le docteur LANCMAID (de Boston), dans une communication sur ce sujet, rappelle que chez les chanteurs de profession la voix fait parfois défaut dans un point de l'échelle vocale, tandis que, au-dessous de ce dernier, elle peut être absolument normale.

Cet état est ordinairement la conséquence d'un usage excessif et prolongé de la voix, ou parfois même d'un repos trop absolu après un exercice très actif de l'organe vocal. L'examen laryngoscopique révèle un relâchement des cordes vocales et les signes habituels de la fatigue. La voix manque précisément dans le point où se font les changements de registres. L'auteur pense que cette altération de la voix est le résultat des efforts faits pour donner en voix des faussets de notes que l'on peut produire avec les tons normaux.

Le Dr SEILER (de Philadelphie), est en général de l'avis de son confrère, mais il estime que la parésie musculaire de l'organe vocal n'est pas entièrement le résultat d'un abus de la voix. Il a, dans biens des cas, constaté une difficulté à produire certains tons de la voix, puis une altération de cette dernière.

Dans la majorité des cas, il a observé une hypertrophie des amygdales, une étroitesse de l'espace naso-pharyngien et chez un malade actuellement en traitement, la voix aurait été notablement améliorée par l'ablation d'une amygdale pharyngée hypertrophiée.

Le Dr DALY (de Pittsburg), pense que l'on doit ajouter au traitement local l'emploi de médicaments stimulants, tels que l'ergot de seigle et la noix vomique.

De la destruction des polypes du nez, par l'acide chromique (*The destruction, of nasal polypi by chromic acid*), par le Dr Frank Donaldson (de Baltimore). Ce que l'on cherche, dit-il dans le traitement des polypes du nez, c'est leur extirpation rapide avec le moins de douleurs et le moins de perte de sang possible, tout en évitant la récidive de ces néoplasmes. Il rappelle alors que trois méthodes sont employées pour obtenir ce résultat, la pince, moyen le plus ancien mais aussi le plus barbare; les serres nœuds, mais il n'est pas facile, dit-il, de saisir le polype par son pédicule, et de plus ce moyen employé seul n'évite pas les récidives. Restent alors les caustiques, le galvano-câutère brulerait souvent, d'après l'auteur, les parties adjacentes; l'acide acétique en injections interstitielles a le tort, s'il vient à toucher la muqueuse, d'occasionner une vive douleur, l'agent le plus efficace est évidemment (toujours d'après l'auteur), l'acide chromique, qui, porté dans l'intérieur du polype, permet ensuite d'extraire ce dernier avec la pince, sans douleur et sans hémorrhagie. Parfois, ajoute-t-il, il survient un peu d'irritation mais une injection d'eau tiède suffit pour la calmer. Le traitement serait surtout efficace dans les cas de polypes muqueux.

Le docteur Duncan (de New-York) pense que l'on ne peut obtenir une cure radicale qu'en extirpant la partie du cornet sur laquelle est inséré le polype.

Le docteur Seiler (de Philadelphie) estime que les polypes muqueux du nez sont le résultat d'une hypertrophie limitée de la muqueuse nasale recouvrant les cornets et d'une dégénérescence myxomateuse de cette dernière. D'après lui, les escharrotiques sont plus douloureux que les anses froides que l'on peut porter jusque sur le pédicule des polypes, opérer et éviter les récidives, si l'opération est bien faite. Cet auteur croit que les récidives ne se font pas sur les mêmes pédicules, mais que, dans ces cas, il se fait une nouvelle hypertrophie et une dégénérescence de la muqueuse dans le même point où avait pris naissance le premier néoplasme.

Le docteur Daly (de Pittsburg) a employé l'acide chromique, le nitrate acide et l'acide acétique avec un égal succès, aussi est-il d'avis que la nature du caustique importe peu au point de vue du résultat.

Chorée du larynx (*Chorea laryngis*).— Le Dr Knight (de Boston) appelle d'abord l'attention sur les relations qui existent entre la chorée et l'hystérie. La chorée du larynx n'est qu'une des nombreuses manifestations d'une affection générale. On a décrit trois variétés. La première, dans laquelle les muscles adducteurs du larynx et les expirateurs sont atteints, est caractérisée par une toux survenant sous forme de paroxysmes, et s'accompagnant plus ou moins d'une son vocal, le caractère aboyant ou chantant de la toux apparaît parfois subitement à certains moments de la journée. Cette forme se rencontre surtout de huit à quatorze ans.

La seconde variété comprend les cas dans lesquels les muscles du larynx, et en particulier les thyro-hyoïdiens sont seuls affectés et la troisième celle qui n'atteint que les muscles expirateurs. Dans le cours de sa communication, l'auteur rapporte un fait de chorée des muscles adducteurs du larynx sans coïncidence de trouble des muscles expirateurs et par conséquent sans efforts de toux. Dans ce cas, il existait dans la tête du malade un battement particulier que l'on pouvait entendre et qu'il comparaît au battement des deux cordes vocales entre elles. L'auteur croit cette observation unique et il insiste sur la persistance du spasme rythmique même pendant le sommeil du malade.

Le Dr C. Morgan (de Washington), rappelle le cas d'une jeune fille de dix ans, atteinte d'un spasme chronique des muscles expirateurs chez laquelle les mouvements rythmiques cessaient pendant la nuit et qui avait presque toutes les cinq ou dix minutes, pendant le jour, des accès de toux aboyante. Après avoir employé de tous les remèdes, l'auteur obtint d'assez bons résultats, par l'emploi de la liqueur de Fowler et du monobromure de camphre.

Le Dr Ingals (de Chicago), cite un fait dans lequel existait un mouvement rythmique des muscles élévateurs du voile du palais, accompagné d'un claquement au moment de chaque contraction musculaire. Ce bruit ne venait certainement pas du larynx; l'auteur l'avait attribué au mouvement des muscles dilatateurs de la trompe d'Eustache.

Du traitement de la phthisie laryngée. — (*The Treatement of laryngeat phtisis*). Il existe, dit le Dr Fletcher-

Ingals (de Chicago), trois indications : calmer la douleur; guérir la maladie s'il est possible de le faire, ou enfin essayer de modifier la marche du mal et de prolonger la vie du malade.

On peut calmer la douleur par des applications locales. On remplit la seconde indication en combinant le traitement local et le traitement général et la troisième, en permettant au malade d'avaler et de se soutenir. L'auteur rapporte ensuite quelques observations qui viennent à l'appui des faits qu'il vient d'avancer. Deux fois, il a pu guérir la phthisie laryngée et améliorer l'état des poumons. Le topique qu'il préfère est un mélange d'acide phénique, de morphine et de tannin. L'iodoforme lui a donné peu de résultats satisfaisants.

De la guérison des ulcères dans la tuberculose laryngée. (*The haling of ulceres in laryngeal phtisis*). — Comme complément à la communication précédent le docteur William, C. Jarvis (de New-York) vient appuyer les idées de son confrère.

Après avoir rappelé l'incrédulité de la plupart des médecins en ce qui concerne la guérison des ulcères tuberculeux, l'auteur rapporte un fait bien net de guérison de phthisie laryngée, avec altération concomitante des organes thoraciques.

L'auteur a surtout employé dans le traitement de l'affection des moyens doux et le malade n'a gardé de cette affection qu'une destruction de l'un des rubans vocaux.

M. Jarvis suppose que l'ulcération première peut être le résultat d'une violente quinte de toux, atteignant des tissus friables et tuméfiés. Il pense, en outre, que les ulcérations étendues et atteignant les tissus compactes du larynx, sont incurables.

Le docteur Johnston (de Baltimore) rapporte une observation de tuberculose laryngée qu'il a eu l'occasion d'observer à son début et dont le diagnostic fut confirmé par le docteur Morell-Mackensie durant son dernier séjour dans le pays. L'ulcération traitée par des inhalations très légèrement astringentes faites deux fois par jour avec un pulvérisateur à vapeur, a parfaitement guéri après un mois de traitement.

Le docteur Donaldson pense que l'on peut améliorer notablement l'affection non-seulement à l'aide de pulvérisations

antiseptiques et d'application d'ioforme, mais aussi en soutenant le malade avec la sonde œsophagienne, lorsque ce dernier ne peut plus avaler.

Le docteur Bosworth (de New-York) rappelle la confusion qui existe encore dans le diagnostic de l'ulcération tuberculeuse. Cet auteur croit que l'on ne doit considérer comme étant de cette nature que les ulcérations entourées d'un gonflement inflammatoire tout particulier et siégeant habituellement sur les cartilages aryténoïdes, et les bandes ventriculaires, rarement les cordes vocales, et encore moins souvent sur l'épiglotte. Lui aussi a guéri des tuberculoses laryngées, par le traitement signalé par M. Jarvis.

Le docteur Solis-Cohen (de Philadelphie), fait observer et avec juste raison, à notre avis, que la tuberculose laryngée guérit quelquefois, mais qu'il est impossible de dire à l'avance dans quels cas l'affection sera susceptible de guérir.

Le docteur Knight, croit également à la guérison de cette maladie mais, il souhaiterait voir discuter l'influence des climats, sur les lésions de cette nature.

D'après le docteur Asch (de New-York), dans tous les cas de phthisie laryngée guéris et sous l'influence d'un traitement, il a toujours reconnu chez des malades l'existence d'ulcérations ayant l'aspect syphilitique.

Le docteur Lincoln (de New-York) recommande l'iodoforme dans le traitement de la tuberculose laryngée, au moment où apparaissent les ulcérations.

Paralysie des muscles constricteurs du pharynx simulant un rétrécissement spasmodique de l'œsophage. — Observations. (*Parésis of the constrictors muscles of the pharynx simulating spasmodic stricture of the œsophagus, with report of cases*). — Le docteur Bosworth, rapporte cinq observations de paralysie, qu'il considère comme d'origine myopathique. — Cet auteur considère l'affection comme étant d'origine musculaire, rappelant cette loi bien connue que tout muscle surmené a une tendance à ne plus fonctionner, et cette tendance est surtout bien marquée lorsque le muscle est situé au-dessous d'une muqueuse enflammée. M. Bosworth signale alors la facilité avec laquelle

certains muscles du larynx deviennent le siège de paralysie d'origine myopathique.

Tous ses malades, sauf un, ont guéri à l'aide du repos, de la strychnine et des bains d'eau salée.

Le docteur Solis-Cohen regarde ces faits comme étant de nature essentiellement hystérique. Il a obtenu quelques succès, en plaçant une garde qui oblige les malades à avaler.

Le docteur Langmaid a employé, dans ces cas, la dilatation de l'œsophage, à l'aide de bougies graduées.

Dans des cas analogues, le docteur Knight a constaté la persistance de la contractilité musculaire, sous l'influence de l'électricité. La difficulté de la déglutition serait dûe, selon lui, à l'hypéresthésie pharyngienne et le procédé signalé par le docteur Langmaïd lui a donné d'excellents résultats.

Le docteur Bosworth, pense que l'on peut exclure l'hystérie parce qu'il existe, dans ces cas, une indolence musculaire incontestable et une anesthésie qu'il est facile de reconnaître avec la sonde. (*A suivre*).

Revue de la Presse

Observation d'un cas de fracture du rocher. — Discussion du diagnostic, par le Dr Jacquemart. — M. le docteur D..., le malade dont il s'agit, raconte ainsi son histoire. Chute de voiture sur la tête portant sur tout le côté gauche sur le sol durci, hémorrhagie immédiate par le conduit auditif et perte de connaissance pendant une demi heure ; consécutivement respiration stertoreuse et vomissements bilieux ; amélioration progressive avec une légère surexcitation, aphasie partielle, c'est-à-dire, tenant aux mouvements de la langue et non à la mémoire. L'ouïe n'a pas cessé d'être conservée, au contraire M. D... constate de l'hyperacousie.

Dix-huit mois après l'accident, perception d'un souffle saccadé dans l'oreille gauche.

C'est alors qu'il consulte le docteur Jacquemart qui constate de la déviation de la face à gauche et conseille la compression digitale sur le point où le battement se faisait sentir. M. D... revient et déclare que la compression n'a fait que déplacer à droite le souffle; le sulfate de quinine, dont il a

essayé l'emploi n'a rien produit; le valérianate en revanche lui a donné un bon résultat.

Le docteur Jacquemart procède à un nouvel examen. Il constate que le manche du marteau et la membrane du tympan sont intacts sauf deux points nébuleux comme formés de tissu fibreux renforcé; que l'audition est intacte, les traits déviés à gauche, l'élocution lente bien que l'intelligence demeure aussi vive que par le passé; que sous le doigt il existe sur l'apophyse mastoïde un battement artériel isochrone au pouls que le stétoscope permet de percevoir. M. le docteur Maris, présent à la consultation, fait remarquer en outre, que M. D... est atteint de goître exophtalmique.

M. Jacquemart discute comme il suit le diagnostic de la lésion dont nous venons de donner l'historique.

Les troubles respiratoires et les vomissements peuvent être attribués soit à une lésion du plexus tympanique formé par les filets du pneumo-gastrique et du grand sympathique, soit simplement par la commotion cérébrale. La blessure du tympan a pu être produite par le refoulement de l'air, l'oreille ayant porté bien à plat sur le sol, mais il paraît plus vrai de l'attribuer à une fracture du rocher passant par le cadre tympanique et intéressant la membrane, car, de la sorte, on explique les troubles fonctionnels se rattachant au facial à savoir la déviation de la face qu'on ne peut songer à mettre sous la dépendance d'une lésion du centre nerveux, origine de ce nerf; car les effets, dans ce dernier cas, sont croisés et chez le malade les troubles dépendant du facial ont eu lieu du côté de l'oreille blessée.

La paresse et la lenteur de la langue s'expliqueraient à l'aide des relations qui existent entre le nerf facial et les mouvements de la langue : 1° par la corde du tympan; 2° par les filets styloglosse et glosso-staphylin. Ceux-ci auraient perdu leur puissance en partie du moins et, si la langue ne fut pas déviée, c'est parce que son nerf moteur principal, le grand hypoglosse, était intact et maintenait quand même l'organe dans sa direction. M. Jacquemart croit, entre parenthèses, qu'on serait fondé à conclure de cette lésion de la corde du tympan que celle-ci est un nerf moteur, selon l'avis de Cruveilhier. Il conclut : qu'il y eut fracture du rocher, mais fracture incomplète, et qu'elle siégea sous forme d'une fente sur la partie externe du rocher, vers l'union de l'apo-

physe mastoïde au corps de l'os, comprenant l'os mastoïdien jusqu'au canal du facial au moins, en arrière, tandis qu'elle s'étendait en avant sur tout le travers du conduit auditif, déchirant ainsi la membrane du tympan par son travers, sens dans lequel les cicatrices ont été constatées, et venant peut-être jusqu'à l'articulation temporo-maxillaire que nous voyons avoir été douloureuse à un certain moment. La fracture ne détermina aucun ébranlement, ni déplacement sur les osselets, car il n'a été constaté aucun degré de surdité. L'hémorrhagie a été produite par la déchirure d'un des vaisseaux du tympan, peut-être l'artère ou la veine tympanique qui longent le manche du marteau. L'apparition du souffle artériel doit être attribuée au goître exophtalmique constaté chez M. D... (*Annales des maladies de l'oreille, du larynx*, mars 1883, nº 1). J. L.

Maladie aiguë de Ménière, par otite aiguë catarrhale, par le docteur E. Bouchut. — Jusqu'ici, on n'a observé les vertiges, les pertes de connaissance, les attaques épileptiformes, et tout l'ensemble des phénomènes nerveux réflexes qui caractérisent la maladie de Ménière que chez des sujets ayant l'otorrhée chronique. C'est là la règle, dit l'auteur, mais je viens d'observer chez un enfant dont je connais la famille et que j'ai eu occasion de voir plusieurs fois dans quelques-unes de ses maladies, un cas d'otite aiguë avec vertiges bien caractérisés et perte de connaissance passagère. C'est un fait qui mérite d'être publié.

Cet enfant, garçon de sept ans, fut pris, à la suite d'un léger refroidissement, d'une angine catarrhale sans exsudation avec fièvre. Au bout de quarante-huit heures, il ressentit de vives douleurs dans l'oreille gauche. Cette partie était très sensible au toucher, sur l'apophyse mastoïde, derrière le condyle de la mâchoire et sur le cartilage préauriculaire. Il y avait en même temps de vives douleurs de tête, des vomissements continuels et une forte fièvre.

Le lendemain, il sortit par le conduit auditif une goutte de pus qui tacha l'oreiller, et je pus en enlever un peu avec le cure-oreille.

Les vomissements, la fièvre et les douleurs continuèrent les jours suivants, mais il y eut ceci de particulier, que si l'enfant s'asseyait dans son lit, la tête lui tournait et il per-

dait un instant connaissance. Cela durait quelques secondes, et comme il s'étendait aussitôt sur l'oreiller, on ne sait jusqu'où cela aurait pu aller.

Trois jours durant, il y eut ainsi avec la douleur d'oreille et la fièvre, des vomissements, des vertiges et imminence de syncope. Puis le conduit auditif jeta quelques gouttes de sérosité purulente. On en retirait un peu de pus crémeux avec l'anse d'une épingle à cheveux, et enfin, il se fit par la narine gauche seulement un jetage de matière purulente épaisse.

Au dixième jour, la fièvre tomba ainsi que les douleurs; les vomissements avaient cessé, et il n'y avait plus ni vertiges, ni tendance à la syncope.

L'enfant put alors se lever et manger. Je le fis sortir, mais sans être guéri.

Il continue à moucher du muco-pus par la narine gauche, l'autre restant sèche, et l'oreille coule assez fortement. Cet état d'otorrhée a persisté trois semaines et a guéri (*Paris méd.*, 21 juillet 1883).

Du traitement des polypes de l'oreille. — Le docteur KNAPP jugeant, par analogie, de l'accroissement des granulations qui se produisent dans les lambeaux de tendons après l'opération de la strabotomie, pense que les polypes de l'oreille se pédiculisent peu à peu à mesure qu'ils se développent; de telle sorte que l'ablation des grosses tumeurs est plus facile et plus satisfaisante, au point de vue du résultat, que celle des petites granulations à larges bases. Il préconise l'avulsion avec les pinces, mais il n'enlève pas avant que le pédicule soit formé. Il emploie, de préférence, les pinces d'Hinton, les serre-nœuds de Wilde ou de Black, le polypotome de Politzer ou la cuillère de Wolf.

Il traite les petits polypes ou les pédicules, par l'alcool et l'acide borique. (*London med. Rec.*, 15 avril 1883).

Sortie d'un lombric par le conduit auditif d'un enfant. — Dans une commune du canton de Bourg-Argental (Loire), j'ai observé, pendant le premier trimestre de 1883, dit le docteur P. DAGAND, une épidémie de rougeole au cours de laquelle s'est rencontrée une complication constante : la présence d'une quantité considérable de lombrics dans les voies digestives, expulsés par en haut et par en bas, au nombre d'une cinquantaine quelquefois. L'un de ces vers intestinaux avait même pris un chemin peu usité pour sortir. Voici le fait :

On vint me chercher à la hâte, il y a deux mois, pour un enfant de sept ans, atteint de rougeole et de pneumonie morbileuse consécutive qui, me dit le père, avait un ver qui sortait par l'oreille droite. Quand j'arrivai auprès du petit malade qui, depuis deux jours, se plaignait de douleurs d'oreille violentes, je pus constater la présence dans le conduit auditif externe droit d'un tronçon de lombric de 1 millim. 1/2 à 2 millimètres de diamètre. On en avait déjà arraché un morceau de 5 centimètres de long avant mon arrivée. Je parvins à faire sortir le reste. Le lombric complet alors était d'une longueur de 12 centimètres environ. L'enfant avait rendu par la bouche les jours précédents cinq ou six lombrics légèrement plus volumineux que celui sorti par l'oreille. Ce dernier avait absolument l'air d'avoir été passé à la filière.

Le ver, monté probablement par la trompe d'Eustache, a perforé la membrane du tympan.

L'enfant que j'ai revu une quinzaine de jours après parfaitement guéri n'a qu'une faible diminution de l'ouïe du côté droit. Pas de communication perceptible en faisant boucher le nez et souffler très fort. L'otorrhée qui a existé pendant quelques jours après la sortie du lombric a disparu.

M. Championnière fait remarquer que cette observation est rare et intéressante, mais non sans précédents. Dans son article LOMBRIC du *Dictionnaire des sciences médicales*, Davaine rapporte que Winslow avait observé un lombric qui s'était introduit dans la trompe d'Eustache. En disséquant le cadavre d'une petite fille, il trouva le ver dont une extrémité était dans le pharynx et l'autre était engagée entre les osselets de l'ouïe. Bruneau, médecin à Amboise, rapporte un autre fait dont le sujet était une jeune femme; il parvint à retirer le ver tout entier par le conduit auditif externe.

On trouve encore, d'après lui, d'autres localisations curieuses. Rodriguez et Vrayet donnent deux observations de lombrics extraits par le grand angle de l'œil. A propos de ces faits il est bon de rappeler qu'on ne doit pas confondre les lombrics migrateurs avec les larves d'insectes qui ont été trouvées quelquefois sous les paupières, dans les sinus frontaux, dans l'oreille et les narines, et qu'on avait pu prendre pour des entozoaires. *(Paris méd. 21 Juillet 1883.)*

Le propriétaire-gérant, Dr E. J. MOURE.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER, rue Cabirol, 16.

4e Année. N° 9. 1er Septembre 1883.

REVUE MENSUELLE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

SOMMAIRE. — **Travaux originaux :** Surdité reflexe, guérison, par le Dr C. Miot ; Tuberculose laryngée, nécrose et expulsion d'un cartilage aryténoïde, exostose du cricoïde ayant formé une épine osseuse et perforé l'œsophage *(suite et fin)*, par M. Dignat, interne à l'hôpital Saint-André. — **Compte-rendu de la Société de Laryngologie d'Amérique** *(suite et fin)*. — **Revue de la Presse.** — **Congrès international des Sciences médicales** (8e session, Copenhague 1884).

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE DU Dr C. MIOT

Surdité réflexe. — Guérison.

Mlle D..., âgée de quatorze ans, vient nous consulter pour une surdité survenue au mois de janvier 1880. Elle entend un bruit de coquillage dans l'oreille droite et est atteinte d'une surdité prononcée de cette oreille, moyenne de l'oreille gauche.

Le flux menstruel a paru, pour la première fois, il y a deux ans, s'est établi d'abord avec régularité, pour se supprimer ensuite pendant les mois de novembre et de décembre 1879, janvier et février 1880. Il est alors survenu des symptômes réflexes dus aux troubles de la menstruation : de la soif, de l'inappétence, des névralgies intercostales et lombo-abdominales, du malaise, des congestions passagères de la face et des pavillons auriculaires.

L'examen de la malade donne les résultats suivants :

P. C. G. 1, 0; 2, as. b.; 3, b.; 4 et 5, 0.
P. C. D. 1, 0; 2, f., 3, b.; 4 et 5, 0.
Ac. G. M. 0m50. P. V. M. 2m50.
Ac. D. M. contact. P. V. M. 0m20.

Bien que la malade ait une acuité auditive assez étendue de l'oreille gauche, ses parents et elle-même ont remarqué qu'elle faisait souvent répéter dans les relations ordinaires de la vie.

Diapason à gauche.

La réaction électrique du nerf auditif des deux oreilles est assez facile.

Le conduit gauche, en partie obstrué par du cérumen, peut être suffisamment éclairé dans ses parties profondes pour voir la membrane du tympan dans une certaine étendue. Le conduit droit est oblitéré par une masse cérumineuse.

Les trompes d'Eustache sont perméables par le procédé de Toynbee.

Traitement. — Instillations d'eau tiède dans le conduit droit, matin et soir.

8 décembre. — Après avoir extrait le cérumen de l'oreille gauche avec une curette et celui de l'oreille droite au moyen d'une injection d'eau tiède, nous constatons que les tympans sont normaux.

9 décembre. — L'acuité auditive de l'oreille droite a augmenté d'une manière très sensible, la perception crânienne gauche est assez bonne en deux et en trois; mais la malade n'entend pas bien certains mots à une petite distance et éprouve une certaine difficulté à suivre couramment la conversation. Le bourdonnement a cessé.

Traitement. — Électrisation de chaque oreille alternativement avec la pile Gaiffe à courants intermittents, au bisulfate de mercure : le pôle négatif au tragus, le pôle positif à la main du côté opposé (5 millim.).

12, 14, 16 décembre. — Électrisation des deux oreilles. La malade éprouve encore une certaine difficulté à suivre la conversation de loin et à entendre rapidement, ce qui prouve évidemment que l'accommodation se fait mal.

P. C. G : 1, 2, 3, b.; 4 et 5. as. b.
P. C. D. bonne
Ac. G. M. : 40 centimètres.
Ac. D. M. : 1m50.

26 décembre. — Électrisation des deux oreilles.

15 et 28 janvier. — Même traitement.

14 février. — P. C. et Ac. bonne. La malade étant guérie, nous lui prescrivons des pilules d'iodure de fer et du vin de quinquina, qu'elle prendra de temps en temps.

Remarques : Pour éviter les redites fastidieuses, nous avons l'habitude de désigner les diverses régions de la surface crânienne par des numéros. C'est ainsi que nous indiquons les perceptions crâniennes gauche et droite par P. C. G et P. C. D., et les régions frontale, temporo-frontale, pariétale et mastoïdienne par les n° 1, 2, 3, 4, 5, en les faisant suivre des lettres O. f, as. b, b, voulant dire que le malade ne perçoit pas le tic-tac de la montre appliquée sur le crâne ou le perçoit faiblement, assez bien ou bien.

Pour désigner l'acuité auditive de l'oreille droite ou de l'oreille gauche à la montre ou à la voix forte, basse, ou à la petite voix moyenne nous disons :

Ac. D. M. ou Ac. G. M; V, F; V. B : P. V. M.

Tous les médecins auristes devraient bien adopter ces abréviations, ou d'autres qui soient analogues. Nous n'avons pas à faire ressortir en ce moment les avantages qui en résulteraient; mais nous espérons que cette question sera traitée à la prochaine réunion générale de la Société française d'Otologie et de Laryngologie.

Pour donner une idée de la force du courant électrique intermittent qui nous a été nécessaire pour produire la réaction du nerf auditif, ou agir au point de vue thérapeutique, nous avons fait graduer sur le cylindre mobile de la pile au bisulfate de mercure de Gaiffe des divisions en millimètres et centimètres, et quand le cylindre est complètement rentré dans la bobine il est au O.

Après avoir examiné la malade, nous nous sommes demandé s'il y avait des lésions profondes de l'oreille droite. L'engouement cérumineux de cette oreille constituait, il est vrai, un obstacle à la transmission des sons à la membrane du tympan; mais on ne pouvait invoquer la même cause à gauche, puisque le conduit auditif externe était assez libre pour qu'on puisse éclairer et voir une partie de la membrane du tympan. De plus, le

diapason était mieux perçu de l'oreille gauche, et la perception crânienne n'était pas bonne.

L'utérus avait exercé une influence sur les oreilles, car les congestions passagères de la face étaient assurément déterminées par l'action réflexe du grand sympathique. Il en était de même de l'engouement cérumineux et de la surdité.

La diminution de perception crânienne ne nous a pas empêché de porter un pronostic favorable, la première fois que nous avons vu la malade, parce que nous avions déjà soigné un certain nombre de cas du même genre. Du reste, le début brusque de la surdité, l'absence de symptômes graves, la marche de la maladie nous indiquaient suffisamment que l'affection était incurable.

Dr C. MIOT.

Tuberculose laryngée, nécrose et expulsion d'un cartilage aryténoïde, exostose du cricoïde ayant formé une épine osseuse et perforé l'œsophage (*suite et fin*) (1);

Par M. DIGNAT, interne à l'hôpital Saint-André, de Bordeaux.

Les lésions qui se sont succédées dans le larynx, dont l'état a été décrit plus haut : ulcération des parties molles, périchondrite, ossification et nécrose des cartilages, sont le résultat tout naturel de l'évolution de la tuberculose sur cet organe. Il en est presque toujours ainsi en pareil cas. Toutefois, notre observation présente certaines particularités anatomo-pathologiques et cliniques qui méritent d'être mises en relief. Ne nous occupant ici que des lésions constatées, nous insisterons seulement sur deux points : premièrement, la multiplicité des lésions présentées par un même larynx; deuxièmement, l'état du cartilage cricoïde.

D'abord la multiplicité des lésions : rarement un larynx frappé de tuberculose présente un ensemble de désordres pareil à celui que nous avons observé ici. En dehors des lésions portant sur les parties molles, on voit, en effet,

(1) Voir le nº 8 Août 1883.

que tous les cartilages sont atteints, chacun plus ou moins profondément. Sans parler des altérations du cricoïde, sur lesquelles nous devons revenir, nous voyons que le thyroïde est ossifié dans la plus grande partie de son étendue, qu'en certains points il est même nécrosé, que l'aryténoïde droit est également frappé de périchondrite et même de nécrose, qu'enfin l'aryténoïde gauche a complètement disparu. De telle sorte que toute la charpente du larynx se trouve atteinte par le processus morbide.

Ce fait n'est point extrêmement fréquent. Dans son *Traité des maladies du larynx*, M. Morell-Mackensie (1) établit un tableau dans lequel il montre la fréquence avec laquelle chaque cartilage est atteint; or, sur dix cas de phtisie laryngée, il a vu six fois le cricoïde atteint seul, et quatre fois le cricoïde atteint en même temps que l'aryténoïde. Nous avons recherché parmi un assez grand nombre d'observations des faits analogues, et nous devons avouer avoir rarement vu, dans les observations que nons avons consultées, plus de deux cartilages frappés en même temps. Signalons ici, cependant, à ce point de vue, une observation publiée par MM. Lennox-Browne et Dundas Grant, et sur laquelle nous reviendrons plus loin. Dans ce cas, tous les cartilages du larynx étaient ossifiés. A ce premier point de vue, l'observation que nous publions présente peut-être quelque intérêt.

Mais ce qui est surtout intéressant, c'est l'état que présente le cartilage cricoïde. L'ossification dont il est atteint, n'est pas le fait qui puisse étonner : on sait qu'en général, dans la phtisie laryngée, ce cartilage est, ainsi que Trousseau (2) et la plupart des auteurs le reconnaissent le premier frappé. Il n'en est plus de même de l'exostose du bord supérieur de ce cartilage, exostose ayant, ainsi qu'on la vu, perforé l'œsophage. Une telle lésion ne paraît pas être commune : du moins ne l'avons nous vue mentionnée dans aucune observation. Trousseau

(1) Morell-Mackensie. — *Traité pratique des maladies du larynx, du pharynx et de la trachée.* (Traduction de MM. Moure et Bertier, 1882.)

(2) Trousseau et Belloc. — *Traité pratique de la phtisie laryngée.* — Trousseau. *Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu.*

ne rapporte aucun cas analogue, non plus que Mandl (1) et Isambert (2). Dans ses recherches sur la tuberculose du larynx, M. Heinze (3) ne signale aucune altération du cricoïde qui puisse être rapprochée de celle que nous constatons ici. Dans son étude sur l'histologie normale et pathologique des cartilages du larynx, M. Elsberg (4) garde le même silence, ainsi que M. Beverley Robinson (5) dans son article sur le même sujet. Chez presque tous les auteurs que nous venons d'énumérer ; on trouve en effet des observations de nécrose plus ou moins considérable du cricoïde, mais rien de plus. Il en est de même pour les cas signalés par M. Lancereaux (6) et par M. Cerné ; (7) quelquefois, cependant, on a vu le cricoïde, acquérir par suite d'une ossification très active un épaississement considérable. Ce fait caractérise l'observation purement clinique de M. Wernher (8). Il s'agit, dans ce cas d'un homme de cinquante- quatre ans, atteint de dysphagie lui permettant à peine d'avaler quelques liquides, chez lequel l'examen laryngoscopique ne fournit qu'un résultat négatif.

« Mais, avec le doigt introduit profondément, on sentait le cartilage cricoïde faire une saillie considérable dans le pharynx; la sonde œsophagienne, dont l'introduction n'était pas douloureuse, venait butter contre un obstacle qu'on ne pouvait lui faire franchir qu'en la portant latéralement et en saisissant le larynx avec les doigts et l'écartant de la colonne vertébrale (9). »

(1) Mandl. — *Traité des mal. du larynx.*

(2) Isambert. — *Conf. clin. sur les mal. du larynx.*

(3) Heinze.— *Die keh kopsschwindsucht, nach unters. in pathologiskchlk. instit des univ. Leipzig.* 1879.

(4) Elsberg (Louis). — *Contribution to the normal and pathological histology of the cartilages of the larynx.* (Archives of laryngology, 1881, vol 2).

(5) Beverley-Robinson. — *The laryngeal affections of pulmonary phthisis.* (Arch. of laryngology, 1881, vol. 2.)

(6) Lancereaux — *Tuberculose primitive du larynx, tuberculose secondaire du poumon* (Annales des maladies de l'oreille, du larynx et des organes connexes. 1881, p. 338.)

(7) Cerné. — *Nécrose (par tuberculose laryngée) du cricoïde; accidents pendant la trachéotomie.* (Soc. anat. 1880. Novembre.)

(8) Wernher. — *Chronische wollstand. dysphagie.*

(9) *Resultat durch verdickung des Rinknorpels des larynx.* (Centralblatt f. chir. 1875, p. 30.) — Voir aussi Extrait in *Revue d'Hayem.*

Un fait analogue, et dont M. Werhner rapproche le sien, appartient à Travers. Il s'agit, on le sait d'une femme atteinte de dysphagie complète, qui mourut subitement, et à l'autopsie de laquelle ou trouva une ossification complète des cartilages cricoïde et aryténoïdes, lesquels, très hypertrophiés, comprimaient et oblitéraient l'œsophage.

Ces derniers faits offrent certainement bien peu d'analogie avec le nôtre et même on peut encore se demander si, dans ces cas, il s'agissait réellement de phtisie laryngée. Il n'en est plus de même de l'observation suivante dont nous avons déjà parlé et qui a été publiée dans les « *Archives of laryngology* » par deux médecins de Londres, MM. Lennox-Browne et Dundas Grant (1), en même temps que quatre autres observations de phtisie laryngée.

En voici le résumé : Thomas B..., trente-six ans, vannier, a eu pendant trois ans une laryngite avec raucité de la voix. Amélioration pendant quelque temps. Plus tard, toux, enrouement allant jusqu'à l'aphonie. Dysphagie, surtout pour les liquides. En outre, signes de phtisie pulmonaire au deuxième degré. Mort.

A l'autopsie, qui ne porte que sur le larynx, outre d'autres lésions de cet organe, on constate que « le cartilage cricoïde présentait sur le côté droit de son bord supérieur, au niveau (*internal to*) de l'articulation crico-aryténoïdienne, une portion d'une consistance telle qu'on ne pouvait mieux la comparer qu'à la substance dentaire. Cette portion, creusée d'une cavitée de la dimension d'un grain de millet, avait toute l'apparence d'une dent cariée. » Tous les autres cartilages étaient dans un état avancé d'ossification.

On voit en quoi les deux observations se ressemblent. Mais on voit aussi que dans le cas publié par les auteurs anglais, les lésions étaient moins avancées que dans celui qu'il nous a été donné d'observer, puisqu'ici la paroi œsophagienne est perforée par le cricoïde, ce qui

(1) *Cases of tuberculose implicating the mouth and throat, reported with observa'ions by Lennox, Browne and Dundas, Grant* (London). *(Archives of Laryn jology*, january 1881, p. 1, Observation 1.)

n'a pas lieu dans l'observation rapportée dans les « *Archives of laryngology* ».

C'est là le seul cas de phtisie laryngée qui par la nature des altérations du cartilage cricoïde puisse être rapproché du nôtre.

Mais les périchondrites et la nécrose des cartilages du larynx pouvant dépendre d'affections autres que la tuberculose et pouvant être observées par exemple, dans la syphilis laryngée, dans le lupus du larynx, et parmi les complications de la fièvre typhoïde, nous avons recherché si, dans des cas de ce genre, on n'avait jamais rencontré une altération du cricoïde pareille à celle qui fait l'objet de cette publication. Or, il n'en est rien.

Ainsi pour la syphilis laryngée, l'observation purement clinique de M. de Lamallerée (1) d'une nécrose considérable du cricoïde ayant provoqué le retrécissement du larynx, n'offre guère de ressemblance avec notre fait ainsi que l'on peut en juger :

Rétréoissement du larynx consécutif à une nécrose syphilitique du cricoïde (Observation recueillie par M. de Lamallerée, interne a l'asile de Vincennes.)

Service de M. le Dr Brémond.

Le nommé X..., bijoutier, âgé de cinquante-six ans, a contracté la syphilis en 1848; il fut, à cette époque, soigné à l'hôpital du Midi par M. le profes-eur Ricord.

Après six semaines de traitement dans cet hôpital, il reprit sa vie irrégulière, s'adonnant à la boisson et aux excès vénériens; les accidents secondaires survinrent à cette époque; mais c'est seulement six ans après que les premiers accidents syphilitiques se manifestèrent dans le larynx.

Ces désordres phonétiques étaient de courte durée, mais revenaient assez fréquemment. La voix n'a jamais été totalement éteinte jusqu'en 1868, époque à laquelle notre malade remarqua deux petits points d'un rouge vif sur la partie antérieure du cou; ils étaient situés l'un au niveau du cricoïde, un peu à gauche de la ligne médiane, l'autre au niveau de

(1) *Rétrécissement du larynx consécutif à une nécrose syphilitique du cricoïde*, par M. de Lamallerée (*Annales des maladies de l'oreille, du larynx et des organes connexes*. 1878. Novembre, n° 5, p. 261.)

l'insertion inférieure du sterno-mastoïdien droit. Au début, ces deux points ne formaient pas saillie, mais peu à peu ils augmentèrent de volume à peu près symétriquement; cependant, la tumeur supérieure prit dès le principe un développement plus considérable que la tumeur pré-sternale.

Au bout d'une année (1869), la tumeur supérieure avait atteint le volume d'un œuf de pigeon; l'autre était beaucoup plus petite. La tumeur pré-sternale tendit à diminuer de volume, et, quatre années plus tard, elle était disparue, laissant seulement à la peau qui la recouvrait une teinte rouge sombre, tandis que la tumeur supérieure se ramollit considérablement; un an après son apparition, elle devint douloureuse à la pression, fluctuante, s'affaissa et disparut complètement au bout de cinq ans. Elle avait été comme ombiliquée et avait présenté un point blanchâtre qui se détruisit lui-même, laissant écouler un liquide séro-purulent peu abondant, mais dont l'écoulement fut persistant. Ce trajet fistuleux une fois établi n'eut aucune tendance à s'oblitérer; la tumeur alors perdit de son volume.

Le malade a remarqué que chaque hiver l'écoulement se suspend quelque temps, qu'il se forme alors une croûte à l'orifice du trajet fistuleux, et que la tumear reparaît avec un empâtement et une rougeur considérables.

Cet état de choses établi, le malade, ne suivant aucun traitement, resta dans le même état de santé et voyait se reproduire bien plus fréquemment que par le passé ses périodes d'enrouement : sa voix parfois se perdait complètement durant des mois entiers, surtout pendant le temps où l'écoument de sa fistule était arrêté; il souffrait alors beaucoup au niveau du larynx, dans la respiration; la déglutition était normale.

Au commencement de l'année 1876, le liquide sortant de la fistule acquit une odeur fétide très prononcée, et le malade en retira deux fragments d'une substance dure qui, d'après sa description, ne saurait être autre chose que des parcelles du cricoïde. Ces deux esquilles étaient à peu près de même forme et mesuraient environ l'une 1 centimètre 1/2 de long sur 2 millimètres d'épaisseur, l'autre était un peu moindre. Après l'issue de ces deux fragments, la tumeur s'affaissa notablement et la voix resta éteinte duraut environ trois mois. Depuis lors, aucune parcelle de corps solide ne sortit par la fistule.

En 1877, le malade voyant sa tumeur reprendre des proportions considérables, entra dans le service de M. le professeur Broca qui porta le diagnostic de gomme ulcérée avec nécrose du cricoïde. Le malade, après quelque temps d'un traitement spécifique, sortit dans un état satisfaisant. Au printemps de cette année (1878), sentant renaître sa tumeur, notre malade retourna dans le service de M. le professeur Broca, où il resta trois mois; il en sortit très amélioré pour venir à l'asile de Vincennes où je le vois pour la première fois le 20 août. Le malade accuse une légère toux qu'il fait remonter à six ans; depuis cette époque, il a eu trois hémoptysies assez abondantes, la dernière il y a cinq ans, et, dans leur inlervalle, quelques crachements d'un sang épais, noirâtre, sous forme de caillots.

La percussion donne une légère submatité très bien limitée dans la fosse sus-épineuse gauche et la fosse sous-claviculaire gauche; à droite, de la sonorité peut être un peu exagérée.

L'auscultation révèle : aux deux sommets une expiration prolongée assez marquée en avant et en arrière, quelques points dans les fosses sus-épineuses et sous-clavièulaires gauches, où la respiration est nulle, et, autour de ces points au nombre de trois on perçoit des râles muqueux très fins et des craquements secs très fins; le reste du poumon ne présentait rien d'anormal.

L'examen du cœur ne révèle ni l'existence d'une lésion actuelle, ni les traces d'une ancienne affection.

Le malade présente, sur la moitié inférieure de la face antérieure du cou, une surface un peu élevée, à contours sinueux et d'une configuration irrégulière, Cette surface est rouge sombre, traversée verticalement par deux bandes cicatricielles très saillantes d'un blanc nacré; au niveau du cricoïde, il existe un trajet fistuleux qui laisse arriver le stylet jusque sur le cricoïde que l'on sent, à droite et à gauche, dénudé, couvert de rugosités, et d'une consistance spongieuse; à droite, on arrive sur le thyroïde, dénudé dans une étendue d'environ 1 centimètre carré. La voix du malade est rauque éraillée, sa tonalité est abaissée.

Le malade accuse au niveau du cricoïde une douleur lancinante qui parfois le réveille la nuit; il ne ressent rien le jour; la déglutition est normale, ainsi que la respiration. La pression

sur le larynx n'est pas douloureuse; la palpitation permet de constater de la raideur dans les mouvements du thyroïde sur le cricoïde, et, au niveau de ce dernier, une dépression notable au fond de laquelle on sent des rugosités très prononcées. Le thyroïde paraît anormal.

L'examen laryngien pratiqué à plusieurs reprises pendant le séjour du malade à l'asile m'a permis de constater : une hypertrophie glandulaire siégeant principalement sur la paroi postérieure du pharynx; on observe quelques glandules hypertrophiées sur la luette. Les piliers postérieurs du voile du palais portent des taches opalines au nombre de sept, traces d'anciennes plaques muqueuses que ie malade dit disparues depuis huit ans; on en remarque aussi sur les deux commissures labiales et sur le frein de la langue, la partie sus-glottique du larynx présente de la rougeur diffuse avec un peu d'hypertrophie des deux cordes supérieures, principalement de la corde droite; les cordes inférieures ne présentent pas de lésions matérielles, elles ont un aspect lactescent, elles ne s'écartent pas complètement l'une de l'autre dans les grandes inspirations. Immédiatement au dessous d'elles se trouve un espace rétréci à un très haut point et inégalement. Ce rétrécissement porte sur le diamètre latéral, le diamètre antéro-postérieur paraît être normal. La muqueuse à ce niveau est plissée et maintenue par des brides cicatricielles assez saillantes. La trachée, dont j'ai pu apercevoir les quatre premiers anneaux, m'a paru saine, le jeu des articulations aryténoïdiennes est diminué et les cordes inférieures dans les plus grandes inspirations perdent environ 2 millimètres de leur écartement. Elles se rapprochent bien ct leur bord libre arrive à s'affronter dans l'effort.

Rien d'anormal dans l'arrière-cavité des fosses nasales. Pendant son séjour à l'asile, le malade a été soumis au traitement spécifique, sa fistule s'est fermée; il est sorti dans un état satisfaisant.

Il en est de même pour la scrofule du larynx. On ne peut, en effet, rapprocher de notre observation, celle du Dr Landrieux, qui a été rapportée par M. Isabel (1) dans sa thèse. D'ailleurs, on ne doit pas oublier que les cas

(2) Isabel. — *Des scrofulides laryngées*, (Thèse de doctorat, p. 27. Paris, 1880.)

d'ossification et de nécrose des cartilages sont plus rares dans les affections syphilitiques et scrofuleuses que dans la phthisie. Ce fait ressort de la statistique de M. Heinze qui, dans la phthisie laryngée, a trouvé des ulcérations à la face postéro-interne du cricoïde 11 fois sur 12, tandis que, dans les cas d'ulcérations non tuberculeuses, il n'en a trouvé que 1 fois sur 12.

Aucune lésion analogue ne paraît non plus avoir été observée consécutivement à la fièvre typhoïde. Citons cependant un fait rapporté par M. Blaising (1) de laryngite ulcéreuse survenue dans le cours de la fièvre typhoïde, où le cartilage cricoïde, mis à nu par suite d'une ulcération étendue de la muqueuse, présentait une face supérieure rugueuse, et, à certains points, des lésions profondes (*Obs.* 11).

Le même auteur cite un autre fait dans lequel le cricoïde faisait hernie dans l'intérieur de la lumière laryngée.

«A l'autopsie du larynx, dit cet auteur (*Observation* 18, p. 45), la face externe ne présentait aucune altération visible. Détaché et examiné par l'ouverture supérieure, on ne trouve rien d'anormal. Mais lorsqu'on le fend par sa partie postérieure sur la ligne médiane, on tombe sur une cavité remplie de pus verdâtre assez bien lié et donnant lorsqu'on le presse entre les doigts la sensation de petits grains de sable. La cavité mesurant 0,018 de hauteur et 0,025 de profondeur est creusée aux *dépens du cartilage cricoïde qui proémine, déchiqueté au milieu de l'abcès*, et a fait hernie, recouverte de la muqueuse, dans l'intérieur de la lumière laryngée.

Nettement limité en bas par le tiers inférieur du cartilage cricoïde, cet abcès s'étend en haut, au-dessous des tissus recouvrant la face postérieure du larynx, jusqu'au cartilage aryténoïde droit. Là existe une ulcération fongueuse de 0,084 de diamètre à bords relevés qui fait communiquer le foyer purulent avec l'intérieur du larynx. »

On peut voir que dans le cas précédent il ne s'agissait

(1) Blaising. — *Complications laryngées de la fièvre typhoïde* (Thèse de doctorat, Nancy, 1880.)

pas d'exostose, car la saillie qu'on observait était due à une portion du cartilage cricoïde déchiqueté par un abcès qui s'était creusé à ses dépens.

On le voit, le fait publié par nous, est excessivement rare, non-seulement dans la phtisie laryngée, mais encore dans les autres affections de cet organe, quelque soit le point de départ de celles-ci.

Nous ferons remarquer, en outre, que si notre malade avait encore survécu quelque temps, nous aurions eu une nouvelle lésion à décrire. On a vu, en effet, que la partie antérieure du cartilage thyroïde, au niveau de l'insertion de la corde vocale gauche, était creusée d'une cavité pleine de pus. Il est à peu près certain qu'avant peu de temps il se fût formé en ce point une fistule faisant communiquer la cavité du larynx avec le tissu sous-cutané de la région antérieure du cou, ainsi qu'on en a déjà observé et signalé quelques cas.

Rappelons, enfin, que le malade n'avait ressenti de douleurs du côté du larynx que depuis un an. Si les renseignements fournis par lui étaient absolument exacts, il nous paraît utile de mentionner ce fait, qui indiquerait qu'ici l'affection laryngée a évolué avec une rapidité vraiment surprenante, surtout lorsqu'on songe à l'étendue et surtout à la profondeur des lésions qu'il a présentées.

Nous ferons enfin observer, en terminant, combien il eût été difficile, pour ne pas dire impossible, de reconnaître pendant la vie la perforation œsophagienne et de dire à quel moment s'est produite cette lésion. L'exostose éburnée du cricoïde, disposée en forme de coin, avait, en effet, selon toute vraisemblance, usé peu à peu la paroi postérieure du larynx qu'elle avait perforé lentement, à la manière d'une dent qui vient faire saillie au dessus de la gencive; et comme la pointe osseuse, remplissait exactement le trajet fistuleux, nous n'avons jamais observé, pendant la vie du malade, le moindre phénomène qui permît de penser à la pénétration des aliments, ni même des liquides, dans les voies aériennes.

DIGNAT

Compte-rendu de la Société de Laryngologie d'Amérique.

SUITE ET FIN (1)

Séance du 21 mai 1883.

Présidence du Dr LEFFERTS.

De la photographie du larynx (*On photographing the larynx*). — Le Dr FRENCH (de Brooklyn) lit un travail sur le procédé employé par lui pour photographier le larynx et sur les bons résultats qu'il a obtenus; il fait suivre sa communication de quelques photographies de l'organe vocal.

Tumeurs congénitales du larynx (*Congenital tumors of the larynx*) — le Dr JOHNSON rapporte 5 observations de ce genre.

Le Dr KNICHT (de Boston) est convaincu qu'en pareil cas il vaut mieux abandonner l'opération de la thyrotomie pour pratiquer simplement la trachéotomie, qui permettra d'extraire plus tard le néoplasme par les voies naturelles ou qui favorisera son expulsion spontanée.

Le Dr COHEN regarde les tumeurs congénitales du larynx comme extrêmement rares. Les tumeurs papillomateuses se développent au contraire facilement après la rougeole, la diphtérie, et même après une inflammation catarrhale. Il est également opposé à la thyrotomie non-seulement à cause des altérations consécutives de la voix, mais surtout à cause de la présence d'un tissu cicatriciel qui au moment de la puberté empêchera le développement du larynx.

Paralysie laryngienne à la suite d'anévrysme (*Laryngeal paralysis from aneurism.*) — Le Dr William PORTER lit un mémoire sur ce sujet, et l'Association se sépare jusqu'à trois heures de l'après-midi.

Phénomènes réflexes occasionnés par les maladies du nez (*Reflex phenomena due to nasal disease*). — Le Dr Louis ELSBERG, de New-York, rappelle que depuis plus de vingt ans il a signalé ce fait qu'une affection de la cavité

(1) Voir le no 8, Août 1883.

naso-pharyngienne, surtout si la muqueuse est tuméfiée et congestionnée, peut s'accompagner de perte de la mémoire, de dépression et d'autres phénomènes nerveux. En 1863, il avait observé un cas de chorée grave, guéri en traitant avec succès une affection du nez dont paraissait dépendre la maladie nerveuse. Pour expliquer les relations intimes qui semblent exister entre les maladies du nez et celles du système nerveux, l'auteur se rapporte à une communication faite par le Dr A. Jacobi, de New-York, à l'*Obstetrical Society*, dans laquelle ce dernier conclut en disant : 1° que le trijumeau et ses branches peuvent être irrités directement ou par action réflexe par une inflammation de la muqueuse du nez; 2° que le gonflement de cette demi-muqueuse et le rétrécissement des conduits du nez qui en résulte chez l'enfant, surtout dans les cas de polypes, gêne notablement la respiration, d'où accumulation d'acide carbonique dans le cerveau et troubles consécutifs de centres respiratoires de la moelle allongée; 3° que la muqueuse du nez et la dure-mère ont entre elles une relation intime.

Le Dr Mackensie (de Baltimore) appelle surtout l'attention sur la grande fréquence de la toux dans les cas de maladie du nez. Ainsi qu'il a déjà eu l'occasion de le dire devant la Société de Médecine de Baltimore, il est persuadé qu'il existe une zone parfaitement circonscrite, dont l'irritation artificielle ou pathologique a pour conséquence de produire une série de phénomènes réflexes et surtout la toux, et que cette zone est située dans la portion de la muqueuse qui recouvre la partie postérieure du cornet inférieur.

Le Dr Roé (de Manchester) insiste surtout sur l'asthme, et sur la fièvre des foins : cette dernière serait toujours la conséquence d'une maladie du nez. A l'appui de son opinion, il rapporte une observation de fièvre des foins guérie par l'ablation d'un cornet hypertrophié.

Le Dr Seiler (de Philadelphie) signale des cas de chorée guéris par la disparition de maladies du nez.

Il rapporte également un fait de coryza extrêmement violent qui durait peu de temps, mais survenait subitement et s'accompagnait d'un écoulement aqueux extrêmement abondant; le Dr Seiler serait assez disposé à faire rentrer le

cas de ce malade parmi ceux que vient de signaler son confrère, M. Elsberg.

Le Dr Bosworth (de New-York) ne croit pas que l'on puisse donner à la maladie signalée par M. Seiler le nom de coryza, car l'examen microscopique et clinique a démontré la nature absolument aqueuse du liquide recueilli. Cet auteur rapproche ce fait de ceux déjà signalés par sir Benjamin Brodie, sir James Paget et quelques autres, et il le considère non comme d'origine réflexe, mais comme étant le résultat d'une affection du système nerveux général. Le Dr Bosworth appelle également l'attention sur l'existence du spasme de la glotte d'origine réflexe.

De l'odorat au point de vue hygiénique et médico-légal *(Smell hygienically and médico lejally considered).* — Après avoir signalé la variété considérable d'odeurs que le nez humain peut reconnaître, le Dr Clinton Wagner appelle l'attention sur les dangers que courent certains ouvriers en respirant des vapeurs délétères et sur les conséquences fâcheuses qui en résultent pour eux.

Asymétrie des cavités nasales sans déviation de la cloison *(Asymetry of the nasal chamber Without septum deviation).* Le Dr Harrisson Allen (de Philadelphie), fait observer qu'il existe très souvent une différence dans le diamètre des fosses nasales postérieures. Il a constaté qu'à cette différence correspondait une asymétrie de protubérances occipitales; aussi par le simple examen de la tête pourrait-on déduire l'existence d'une déformation de la cavité du nez.

Du résultat du traitement des fibromes naso-pharyngiens (*The resultats of the treatement of naso-pharyngeal fibroma, with demonstration of successful cases, together with a table of seventy four operations by different surgeons*). — Le Dr R. Lincoln (de New-York) ne croit pas que l'on puisse employer une méthode de traitement unique, mais il pense cependant qu'il existe un moyen d'opérer plus simple que celui employé par les chirurgiens les plus distingués.

Après avoir rapporté un relevé statistique d'opérations pratiquées sur 58 malades, dont 46 hommes, et 8 femmes, et

4 dont le sexe n'était pas indiqué, l'auteur classe les faits d'après le procédé employé pour chaque opération.

L'opération fut pratiquée 7 fois sur 7 malades avec le bistouri, les ciseaux, les pinces, etc. Pas de récidive.

On pratiqua 12 fois l'opération sur 11 malades avec l'écraseur ou la ligature, il y eut 6 récidives durant la première année, et 4 malades furent revus pendant un an ou plus, sans récidive.

Traitement par des injections, des cautérisations etc., deux malades. Récidive durant la première année, 1.

Traitement par l'électrolyse, trois fois. Récidive pendant la première année 1.

Extraction par l'écraseur galvano-caustique, onze fois sur quarante malades. Récidives durant la première année 3; en observation pendant un an et plus sans récidive, 6.

Le Dr Lincoln rapporte en terminant le cas d'un polype enlevé avec l'anse galvanique, et dont le pédicule fut cautérisé au galvano-cautère.

Le Dr JARVIS dit avoir enlevé avec l'écraseur un fibromyxome de la cavité naso-pharyngienne venant faire saillie en arrière dans les fosses nasales. Une fois l'instrument placé on sentait de véritables battements artériels et cependant il n'y eut point d'hémorrhagie. Quatre mois plus tard il n'existait aucune trace de la tumeur.

Les Drs ANDREW, H. SMITH et SEILER, disent avoir également retiré de bons résultats du serre-nœud de Jarvis.

En terminant la séance le Dr HOLDER (de Newark) montre un photophore pour l'éclairage de la gorge et du larynx.

Séance du 23 Mai 1883.

Thyrotomie pour un cas de polype; développement consécutif d'un épithélioma dans la cicatrice cutanée sans lésion de l'intérieur du larynx *(A case of thyrotomy for morbid growth; with subsequent developpement of epithelioma in the cutaneous cicatrix, but without involvement of the interior of the larynx).* — Il s'agit, dit le Dr SOLIS-COHEN, d'un homme âgé de soixante-trois ans enroué

depuis deux ans, qui avait notablement maigri. Après lui avoir fait subir un traitement général, l'auteur pratiqua la thyrotomie, et l'examen microscopique de la tumeur révéla sa nature papillomateuse. Deux ans après le malade revint avec un petit nodule siégeant dans la peau sur le côté droit du thyroïde, avec lequel il n'avait aucune adhérence. Cette nouvelle tumeur enlevée par le Dr Agnew, était un épithélioma, tubulé. Dix semaines plus tard un autre nodule analogue au précédent apparaissait du côté gauche du thyroïde, et était opéré par le Dr Formade. Enfin le Dr Cohen enleva plus tard une partie de la peau qui était infiltrée de matière épithéliale. Le malade mourut en janvier 1883. L'auteur rapporte ce fait comme un exemple de tumeur maligne développée sous l'influence d'une irritation locale.

Recherches expérimentales sur la tension des cordes vocales *(Experimental researches on the tension of the vocal bands)*. — Dans ce travail, fait en collaboration avec le Dr Bowditch, le Dr Hooper (de Boston) cherche à démontrer : 1° que le cartilage cricoïde est le plus mobile de toute la charpente du larynx; 2° que le muscle crico-thyroïdien peut être décrit comme naissant du thyroïde sur lequel il s'insère et destiné à mouvoir le cartilage cricoïde; 3° que le courant d'air est un facteur important et direct de la tension longitudinale des rubans vocaux.

Des complications auriculaires, conséquences de l'inflammation du nez et de la gorge (*Aural complications of inflammatory conditions of the nase and throat*). — Le Dr Beverley Robinson s'étend longuement sur les complications auriculaires qui sont la conséquence de la fièvre scarlatine, de la rougeole, de la fièvre typhoïde et autres affections fébriles. Contrairement à ce que l'on pense en général, dit l'auteur, la maladie n'est pas due à la propagation de l'inflammation de la gorge ou du nez à l'oreille, par l'intermédiaire de la trompe d'Eustache, mais bien à la maladie générale elle-même.

Le Dr Mackensie (de Baltimore) appelle l'attention sur les troubles de l'ouïe d'origine réflexe occasionnés par l'irritation de la muqueuse du nez. Il a pu produire une congestion de la caisse en irritant directement la muqueuse des cornets.

Le Dr Jarvis signale des faits de surdité occasionnés par la présence d'une hypertrophie de la muqueuse des fosses nasales postérieures et l'influence des déviations de la cloison sur les troubles de l'ouïe.

Deux points sur l'anatomie des lacunes des amygdales (*Two points in the anatomy of the lacuna tonsillarium*). — Le Dr Bryson Delavan insiste surtout dans sa communication, sur l'existence d'une large cavité unique dans chaque amygdale, cavité qui contient plusieurs replis glanculaires. Le second point est la facilité avec laquelle se détruit la muqueuse située dans la profondeur de ces vastes lacunes, facteur important à connaître pour la pathologie et le traitement des affections de ces glandes.

De la valeur des papillomes rétro-laryngiens comme moyen de diagnostic de la tuberculose (*The value of post laryngeal papillomata as a means of diagnosis in tubercular disease*). — Le Dr Mayer (de Montréal) reconnaît deux variétés de tumeurs : l'aspect velvétique et les tumeurs en forme de barbe de plume, qui seraient probablement les variétés d'une même maladie.

Le Dr Asch (de New-York) a souvent observé cet état particulier du larynx dans la tuberculose, mais il ne le considère pas comme ayant une valeur diagnostique absolue, parce qu'on observe cette même lésion dans d'autres cas.

Tumeurs pharyngiennes (*Pharyngeal tumors*). — Le Dr Morgan (de Washington) rapporte une observation de tumeur volumineuse enlevée du sinus glosso-épiglottique avec les doigts. Il considère comme une erreur de croire à la rareté des tumeurs purement pharyngiennes. L'intérêt du fait rapporté est surtout dans la présence d'un *sarcome pédiculé* dans cette région, le volume de la tumeur et le procédé d'extraction employé.

Un cas de mort subite après la trachéotomie (*A case of sudden death occuring after tracheotamy.*) — Le Dr Asch rapporte le fait d'un malade trachéotomisé sans accident d'aucune sorte qui, deux jours plus tard, mourut subitement. L'autopsie ne put faire reconnaître la cause de la mort.

Adhérence du voile du palais aux parois du pharynx *(Adhésion of the velum to the walls of the pharynx)*. — Cette affection serait, d'après le Dr Andrew H. Smith, le résultat d'ulcérations presque invariablement d'origine syphilitique. L'inflammation de l'oreille moyenne vient souvent compliquer cet état. Dans les cas d'adhérence complète, l'odorat n'existe plus et le goût est altéré. Le traitement consiste à dilater l'orifice avec des bougies, et si ce traitement échoue, à inciser les tissus; l'auteur recommande à cette occasion l'emploi de l'acide acétique ou monochlorique pour empêcher l'adhésion des surfaces sectionnées.

Après une courte discussion à laquelle prennent part MM. De Blois, (de Boston) et Ingals (de Chicago) l'association constitue son bureau pour la prochaine réunion qui aura lieu le troisième lundi de mai 1884, à New-York, sous la présidence du Dr Frank H. Bosworth.

Revue de la Presse

Un cas de langue noire. — Ayant lu récemment un article de M. le Dr Pasquier, d'Évreux (1), qui rapportait deux observations de nigritie de la langue (langue noire, glossophytie) et qui signalait la rareté de cette affection, j'ai pensé, dit le Dr Moure *(Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, séance du 20 juillet 1883), qu'il serait intéressant de vous présenter une malade atteinte de cette maladie. Bien que son état soit notablement amélioré par des raclages quotidiens, qu'elle se fait elle-même, vous pourrez encore voir cet aspect particulier que l'on a comparé à de l'herbe couchée, à un champ de blé renversé par le vent, mais qu'il serait, à mon avis, plus exact de comparer au fond d'un jeune artichaut. La langue présente, en effet, un aspect gris-noirâtre et poilu, dû à l'hypertrophie des papilles filiformes de cet organe.

Déjà M. Maurice Raynaud, en 1869, avait présenté à la Société Médicale des Hôpitaux un malade atteint de cette

(1) In *Bulletin méd. du Nord*, 1883.

affection, et, dans l'examen microscopique pratiqué par lui à cette époque, il avait trouvé, au milieu de débris épithéliaux, des spores sans tubes de mycélium, spores qu'il avait comparées au microphyte de la teigne ou de l'herpès circiné. Plus tard, dans deux autres cas, il ne trouva pas de spores.

En 1876, M. Lancereaux présenta à la même Société un homme de cinquante ans, sur la langue duquel il constata l'existence des spores déjà signalés par Maurice Raynaud.

Enfin, en 1878, M. Dessois entreprit son travail inaugural sur ce même sujet et ne put réunir que trois observations.

Comme le fait observer cet auteur, et après lui M. Pasquier, toute la question est de savoir s'il existe réellement un champignon auquel on pourrait attribuer cette hypertrophie des papilles et cette coloration particulière de la langue. Je dois avouer que chez la malade que je vais avoir l'honneur de vous présenter je n'ai rien trouvé d'analogue; cependant, je dois bien dire que je ne considère pas mon premier examen comme concluant à cet égard, puisque j'ai raclé la langue de la malade au centre, près du sillon médian, c'est-à-dire dans le point où se fait d'abord la desquamation et où l'on est, par conséquent, le moins susceptible de rencontrer les spores signalées par les auteurs.

Enfin, pour être complet, je dirai que, d'après M. Malassez, le microphyte de la langue noire ne diffère point de celui que l'on rencontre chez les dyspeptiques, dans l'état suburral, et que si une hypertrophie normale des papilles linguales favorise l'arrêt et le développement des spores et, par conséquent, de la maladie, cette dernière ne semble ni contagieuse, ni inoculable, car les essais de culture faits par M. Dessoïs sur sa propre langue ont complètement échoué.

Je me permettrai d'ajouter, en terminant, que ma malade n'est point dyspeptique et qu'elle s'est aperçue de la coloration de sa langue après l'ingestion de pastilles de chlorate de potasse.

M. Vergely. — J'ai observé deux faits à peu près semblables chez deux sujets hypocondriaques dont l'estomac, il faut bien le dire, était assez mauvais. Leur langue était tantôt jaunâtre, tantôt noirâtre.

Je demanderai à notre confrère d'abord s'il a consulté la littérature médicale anglaise au sujet du cas qu'il nous

présente, car la question y a déjà été traitée. Je voudrais avoir, en outre, des renseignements sur les cellules obtenues par le raclage, sur les troubles nutritifs de l'épithélium. Enfin, je désirerais savoir si l'on peut faire ici un rapprochement avec le psoriasis.

M. MOURE. — Je n'ai eu de renseignements bibliographiques que le travail de Pasquier, d'Évreux, la thèse de Dessois (1878) et la monographie de Maurice Raynaud (1869).

Quant aux renseignements histologiques, ils sont très bornés. Sous le microscope on n'a trouvé, en effet, que des débris de cellules épithéliales.

M. SAINT-PHILIPPE. — Pour moi, il s'agit là d'une affection purement locale; nous ne sommes en présence ni d'un lichen, ni d'un psoriasis. Je signalerai seulement un desideratum, à savoir que l'analyse de la salive n'a pas été faite, et j'appellerai l'attention de mes collègues sur ce fait accusé par la malade : l'abus du chlorate de potasse.

M. MOURE. — Je réponds à M. Saint-Philippe que l'acidité de la bouche, alors même qu'elle existerait chez ma malade, n'a aucune espèce d'influence sur son affection. En ce qui concerne le chlorate de potasse, il a, comme je l'ai dit, la propriété, ainsi que l'humidité, de rendre la langue noire, lorsqu'elle est déjà grise.

Deux cas de sténose syphilitique du pharynx, par le Dr V. JOKOLOWSKI. — Le premier cas représente une occlusion de la partie inférieure du pharynx par une membrane transversale, cicatricielle, dure, ayant une ouverture centrale très petite, de sorte que l'alimentation et la respiration étaient fort gênées.

L'opération consista à faire de nombreuses incisions et la dilatation successives au moyen des tubes en caoutchouc de Schrotter. Le malade quitta l'hôpital quatorze jours après, « entièrement guéri ». — Mais pour combien de temps?

L. B.

Dans le second cas, il s'agit d'un homme de vingt-six ans, qui n'avait que très peu de dysphagie et aucune gêne respiratoire ; l'opération lui fut refusée. Mort peu de temps après en raison de sa tuberculose.

L'auteur mentionne le nombre des cas de ce genre observés jusqu'à aujourd'hui, nombre bien petit, quand on considère ceux qu'il a oubliés et encore plus ceux qui n'ont pas été publiés, car ils sont loin d'être des raretés. (*D. med. Wochenschr.*, n° 31, 1882. — *Monatsschr. f. Ohrenh*, n° 12, 1882.)

L. B.

L'asthme de foin, son traitement. — L'asthme de foin, ou asthme d'été est une maladie beaucoup plus commune en Angleterre et en Amérique que chez nous ; mais il est un point sur lequel on s'accorde dans tous les pays, c'est celui qui a trait à l'obscurité de sa pathogénie et à la tenacité des accidents auxquels elle donne lieu.

M. le Dr Roe, sans prétendre élucider complètement ces deux points, vient d'attirer l'attention sur une cause probable, mais mal connue encore de l'*hay fever*. Dans une communication faite à la « *Medical Society of the State of New-York* » il fait remarquer que jusqu'ici on a beaucoup trop négligé l'examen anatomique de la muqueuse nasale ; pour lui il ne suffit pas qu'un excitant spécial intervienne pour causer la maladie, il faut encore que la muqueuse nasale soit malade antérieurement et dans une sorte d'état de réceptivité.

Pour expliquer cette singulière maladie, on a mis en avant trois théories :

La plus ancienne, la plus connue et la plus séduisante à première vue est celle qui veut que l'action du pollen de certaines plantes sur la muqueuse nasale soit la cause d'une irritation spéciale devenant elle-même le point de départ de réflexes spéciaux.

L'*hay fever* revient périodiquement chaque année chez certains individus, le même jour à la même heure. Les botanistes disent, en effet, que la mise en liberté du pollen se fait avec une précision remarquable, presque à jour fixe.

On sait de plus que si les malades sont envoyés dans un port de mer ou dans une région montagneuse ils restent complètement indemnes.

— En 1868, Helmholtz pendant une attaque d'asthme de foin fit des expériences sur lui-même et crut découvrir dans les produits de sécrétions de la muqueuse nasale, des vibrions qu'il s'empressa d'incriminer.

— Enfin Beard, en 1876, a cru voir que la maladie qui nous occupe est une névrose.

Voilà les trois théories les plus connues. Voici celle que M. Roe propose :

Le professeur Bigelow, de Boston, a décrit sur les cornets inférieurs et sur la cloison un tissu très vasculaire analogue au tissu érectile des corps caverneux et qu'il nomme *turbinated corpora cavernosa*.

Ce tissu érectile est très vivement impressionnable soit directement comme par les poussières, soit par une cause éloignée comme l'effet de l'air froid et humide sur une région quelconque du corps. Supposez ce tissu vivement irrité et vous aurez les accidents de l'*hay fever* qui ne seraient qu'un ensemble de réflexes ayant pour point de départ la muqueuse nasale.

M. Roe croit que toutes les fois qu'on modifie profondément la muqueuse nasale hypertrophiée dans les régions que nous avons citées, la maladie est parallèlement modifiée, les accès sont moins intenses. Vient-on à détruire le tissu malade avec le galvano-cautère par exemple, on supprime les accidents qui sûrement ne reparaissent plus. (*Revue med. franç. étrang.*, nº 29, 21 juillet 1883).

Éversion des ventricule du larynx (*A Case, of prolapse of the laryngeal sac*). — I. Le docteur Solis Cohen, fut appelé par un de ses confrères, en septembre 1880, pour déterminer la cause d'une aphonie et d'un peu de cornage inspiratoire qui étaient apparus subitement pendant le cours d'une bronchite.

A l'examen laryngoscopique, l'auteur découvrit un renversement du ventricule laryngien du côté droit qui recouvrait la corde vocale de ce côté et restreignait ainsi l'orifice glottique. L'absence de démarcation entre la bande ventriculaire et le ventricule révéla la nature de la lésion, et la palpation avec la sonde qui permit de faire rentrer momentanément la partie déplacée confirma le diagnostic.

Le docteur Solis-Cohen recommanda à son confrère de se familiariser avec les manipulations auto-laryngoscopiques et de se traiter par des insufflations de sulfate de cuivre et quelques autres astringents. Quelques mois plus tard la moitié

antérieure des tissus renversés avaient repris leur position normale et la voix était devenue simplement enrouée.

Le 26 novembre 1880, le patient se montra aux membres de la Société de laryngologie, de Philadelphie, et le 20 décembre 1881, la voix était bien améliorée, quoique l'aspect laryngoscopique fut à peu près le même que celui de l'année précédente.

II. En même temps que son confrère, le docteur L. Elsberg rapporte une observation d'éversion des deux ventricules du larynx survenu chez un homme de trente-neuf ans. L'auteur parvînt à réduire presque entièrement d'un côté le ventricule déplacé et de l'autre il en excisa d'abord la partie antérieure avec des pinces coupantes disposées à cet effet, et quelques mois plus tard il enleva la partie de la muqueuse qui restait en arrière. La réaction inflammatoire fut moins grande que la première fois. Un an après il n'existait plus de trace de la tumeur du côté gauche (opéré), et à droite on apercevait un simple gonflement au niveau du ventricule. La respiration était libre, la voix nette, quoiqu'elle ne fut pas claire. (*Arch. of laryngology, New-Yorck n° 1, janvier 1882*).

Mémoire sur l'anche vocale ou crico-glottique de l'homme. — M. Moura lit à l'Académie de Médecine (séance du 14 août 1883) un complément de ses quatre mémoires précédents sur la laryngométrie.

M. Moura compare l'organe vocal de l'homme à un basson; la partie de cet organe comprise entre le bord supéro-antérieur du cricoïde et le bord libre de la glotte représente pour lui l'anche vocale.

Il étudie successivement les diverses dimensions de cette anche dans les deux sexes, en en comparant la hauteur à la longueur des cordes ou lèvres vocales, longueur qui varie selon que ces lèvres sont à l'état de repos et à l'état de tension.

M. Moura résume lui-même ainsi les résultats que lui ont donnés ces mensurations comparatives :

1° La hauteur de l'anche vocale mesure, en moyenne, 13 millimètres chez la femme et 16 millimètres chez l'homme;

2° Cette hauteur varie de 6 millimètres pour chaque sexe, et la différence entre l'anche féminine et l'anche masculine est de 3 à 4 millimètres ou 1/3 environ;

3° La hauteur de l'anche et la lèvre vocale ont, sur le même larynx féminin, une dimension identique 2 fois sur 11, soit pour l'état de repos, soit pour l'état de tension. Quant aux larynx masculins, leur identité n'existe que pour l'état de repos; elle a lieu 5 fois sur 33 ou 1/6 environ;

4° Leurs dimensions sont semblables dans le sexe féminin, 5 fois sur 11 pour l'état de repos, 2 fois pour l'état de tension et, dans le sexe masculin, 5 fois sur 8 pour le premier, 3 fois sur 8 pour le second état;

5° La hauteur de l'anche est plus grande que la lèvre vocale à l'état de repos, 7 fois et à l'état de tension, 2 fois sur 11 chez la femme, 4 fois sur 7 et 1 fois sur 33 chez l'homme;

6° La lèvre vocale, à l'état de repos, est par conséquent plus longue que la hauteur de l'anche, 2 fois et à l'état de tension 7 fois sur 11 pour le sexe féminin, 1 fois sur 2 et 5 fois sur 7 pour le sexe opposé;

7° La différence entre les deux dimensions sur le même larynx féminin ne peut s'élever ou descendre à 6 millimètres, et sur le même larynx masculin jusqu'à 10 millimètres;

8° Entre la hauteur de l'anche et la longueur de la lèvre vocale du larynx de la femme, il peut y avoir en plus ou en moins 6 millimètres, c'est-à-dire 12 variétés pour le sexe en général. Chez l'homme, ces variétés sont de 10 millimètres en plus ou en moins pour un même larynx, et de 20 pour le sexe en général;

9° La hauteur de l'anche vocale diffère de 1 millimètre avec le diamètre inférieur ou calibre du cricoïde chez la femme; l'un et l'autre sont identiques 2 fois sur 11 et semblables 7 fois;

10° Chez l'homme, l'anche mesure aussi 1 millimètre de moins que le calibre du bocal cricoïdien, 17 millimètres contre 16;

11° La hauteur de l'anche vocale et le calibre du bocal cricoïdien ont un rapport plus direct et plus stable chez la femme que chez l'homme;

12° La hauteur de l'angle du thyroïde présente 1 millimètre en plus, dans les deux sexes, que la hauteur de l'anche vocale, savoir : 14 et 17 millimètres contre 13 et 16 millimètres. Leur similitude existe 3 fois sur 11 chez le sexe féminin, 2 fois sur 3 chez le sexe opposé;

13° L'anche vocale a une hauteur égale à 2 fois celle du ligament crico-thyroïdien au repos dans les deux sexes;

14° L'insertion thyroïdienne inférieure de la commissure des lèvres vocales a la même hauteur que celle du ligament thyro-cricoïdien, en général, dans les deux sexes; celle du sexe féminin mesure 6 millimètres, et celle du sexe masculin mesure 8 millimètres ou un tiers en plus;

15° L'insertion thyroïdienne supérieure de cette commissure présente dans chaque sexe 2 millimètres de plus que l'insertion commissurale inférieure en moyenne;

16° La hauteur du ligament thyro-cricoïdien et l'insertion commissurale inférieure réunies représentent, à 1 millimètre près, la longueur de la corde vocale au repos, chez la femme comme chez l'homme. L'identité entre ces deux dimensions existe 9 fois sur 11 chez la première, 8 fois sur 33 ou 1 fois sur 4 chez le second, et leur similitude 10 fois sur 11 et 9 fois sur 11. Leurs variétés comprennent 3 millimètres pour l'un et 4 millimètres pour l'autre;

17° Le ligament thyro-cricoïdien est plus petit que la hauteur de l'insertion commissurale supérieure, 8 fois sur 11 chez la femme, 1 fois sur 2 chez l'homme. (*Bulletin Acad. de Méd.* 14 août 1883.)

De l'opération radicale des polypes laryngiens; par le professeur Rose (de Berlin). — L'auteur a la singulière idée de regarder comme un fait excessivement fréquent qu'un même malade, à peine guéri, doive se soumettre à un nouveau traitement chirurgical pour l'extirpation des polypes laryngiens. Il rapporte un cas de guérison spontanée d'excroissance du larynx (pas d'examen laryngoscopique !) chez une jeune fille de douze ans, amenée à l'hôpital pour y subir la trachéotomie nécessitée par une suffocation menaçante. La malade avait déjà été traitée à l'hôpital pour une inflammation chronique de genou et des tumeurs lymphatiques de la cuisse. Après extirpation de l'une d'elles, ces tumeurs furent reconnues pour des lympho-sarcomes.

Comme le sujet présentait en même temps des tuméfactions dans la bouche et la lèvre inférieure, et que l'exploration digitale du larynx révélait « au-delà de l'épiglotte un amas de masses semblables, bosselées et non saignantes » *(sic)*, le diagnostic posé fut : sarcome métastique.

La trachéotomie fut donc reculée, comme n'étant que palliative; la malade fut mise au lit avec une vessie de glace appliquée sur le cou, défense expresse de parler. En outre, une alimentation liquide fut ordonnée. Par ce traitement « adoucissant », les symptômes s'améliorèrent; même en quelques semaines la sténose du larynx et la raucité de la voix disparurent, et, sans aucune autre opération ni médication, la malade retourna chez elle complètement rétablie. Quelques années après, l'affection du genou récidiva et fut guérie par une cure à la pommade mercurielle. L'auteur prend donc le cas pour une syphilis héréditaire tardive et regarde son diagnostic de sarcome comme une méprise; mais il considère toujours la disparition spontanée de papillomes comme l'exception, et leur récidive comme une règle (1).

Rose recommande d'enlever radicalement les papillomes du larynx par la laryngo-fissure en les excisant au moyen des ciseaux de Cooper; on enlève assez de muqueuse de façon à avoir, au lieu d'une éminence, une dépression; on cautérise après pour arrêter l'hémorrhagie. Il conseille de ne pas pousser trop loin la chirurgie endo-laryngienne dans les cas où il y a déjà des symptômes de dyspnée, ou au moins de la faire précéder par la trachéotomie.

Rose a traité à l'hôpital un homme de quarante ans ayant la voix rauque depuis trois ans et de la dyspnée depuis un an avec sténose laryngée; il lui a fait une laryngotomie; la partie sous-glottique du larynx était remplie par cinq tumeurs, dont l'une avait le volume d'une noisette et les quatre autres celui d'un noyau de cerise. L'excision fut faite au moyen de ciseaux de Cooper de la manière indiquée ci dessus et le sang arrêté au moyen de perchlorure de fer.

Les tumeurs étaient composées de tissu fibreux avec des dépôts calcaires. Le malade quitta l'hôpital avec une voix rauque, criarde, mais dépourvue de timbre. Il mourut dix ans après du typhus.

Du diagnostic de l'ulcère tuberculeux du larynx; par B. Frankel. — L'auteur a soumis à l'examen microscopique

(1) J'ai observé au moins quatre cas de disparition spontanée et radicale de papillomes du larynx, et je regarde la récidive des véritables papillomes du larynx, après les opérations endo-laryngiennes, comme l'exception.

L. B.

la sécrétion de toute une série d'ulcères tuberculeux du larynx, et constaté, par la présence presque exceptionnelle des bacilli caractéristiques de la tuberculose, que la nature de ces ulcérations n'offrait aucun doute.

Les matières examinées étaient enlevées aux ulcérations directement sous le regard de l'auteur au moyen d'un pinceau et colorées d'après la méthode d'Ehrlich. Avec la même assurance, Fränkel pouvait reconnaître la nature non tuberculeuse d'autres ulcérations, quoique cette découverte négative procurât assez de peine, parce que les bacilli se trouvent souvent en très petit nombre et inégalement distribués dans les préparations.

L'iodoforme n'a, d'après l'auteur, aucune influence sur le développement du bacillus de la tuberculose. (*Berlin. Klin. Wochenschr.*, n° 4, 1883. *Centralztg für. Chir.*, n° 12, 1883.)

L. B.

De la paralysie des récurrents; par le Dr Brieger. — Un homme de quarante ans avait pendant son travail brusquement perdu la faculté de s'exprimer d'une voix claire et nette; depuis lors il conservait cette voix aphone; trois mois auparavant, à certains moments, il avait tant de gêne dans la déglutition qu'il ne pouvait avaler que des liquides; tous ces embarras disparurent après une seule introduction de la sonde œsophagienne. Un mois après l'apparition des troubles vocaux une pneumonie se déclara, qui prit un caractère destructif et amena le malade à l'hôpital. Les difficultés de la déglutition ayant reparu, furent promptement dissipées par l'introduction de la sonde œsophagienne. Il y avait en outre une strume à gauche avec infiltration et gangrène du lobe supérieur droit des poumons; la corde vocale gauche était dans la position cadavérique de la paralysie complète, le pouls irrégulier. Petit à petit, la corde vocale droite est atteinte de la même façon. Le malade succombe subitement huit jours après son entrée à l'hôpital, à la suite d'une hémorrhagie ayant pour origine un ulcère de l'estomac. L'auteur fait remarquer que l'ensemble des symptômes décrits aurait pu faire penser à un anévrysme de l'aorte. On trouva cependant à l'autopsie pour chaque symptôme, excepté le pouls irrégulier, une cause particulière. La paralysie du récurrent

droit était provoquée par le gonflement aigu des ganglions lymphatiques, par suite de la gangrène pulmonaire; le récurrent était comprimé de tous côtés, mais son tissu plus fin, ainsi que les muscles innervés par lui, n'étaient pas encore altérés. Par contre, le récurrent gauche n'était pas plus gros qu'un fil, fin comme un cheveu, adhérent entièrement à la strume et ayant perdu complètement la moelle des tubes nerveux; il ne restait qu'une très petite quantité de cylindre-axes. Les muscles crico-aryténoïdien, postérieur et latéral gauche, présentaient des faisceaux musculaires très atrophiés avec des fibrilles en dégénérescence graisseuse. Quelques fibrilles semblables se trouvaient également dans les muscles ary-épiglottiques et thyro-épiglottiques gauches : d'où l'auteur conclut qu'il est faux d'admettre que les muscles abaisseurs de l'épiglotte ne soient innervés que par le nerf laryngé supérieur, car celui-ci était complètement intact. *(Charité-Annalen, VII,* 1882. — *Monatsschrift f. Ohrenh,* n° 12, 1882.)

L. B.

Fibromes multiples de la peau; fibrome de la paroi postérieure du larynx situé au-dessous des cordes vocales; périchondrite aryténoïdienne tuberculeuse; par le Dr Th. Hering.— Un homme qui avait, dispersés sur tout son corps, environ quinze cents fibromes mous de la grandeur d'un grain de mil à celle d'un œuf de poule, avait en même temps tous les symptômes de la tuberculose laryngée: raucité depuis quelque temps, dyspnée s'aggravant avec accès de suffocation; de plus, un peu de difficulté à la déglutition. L'examen laryngoscopique démontre un grand ulcère au niveau du cartilage aryténoïde gauche, et au-dessous des cordes vocales une tumeur rouge, jaunâtre, lisse, à surface granulée sur les bords, grande comme une cerise et remplissant toute la cavité. Des accès graves de suffocation nécessitèrent la trachéotomie, qui fut suivie, peu de temps après, par la mort survenue à la suite d'hémorrhagies pulmonaires abondantes. L'autopsie constate une tuberculose pulmonaire. L'ulcère du larynx, également de nature tuberculeuse, communique avec une petite cavité, dans laquelle se trouve le processus vocal nécrosé. A côté de l'ulcère existe une tumeur du volume d'une noisette, que l'examen microscopique démontre être

un fibrome mou, de même que la tumeur située au-dessous des cordes vocales. *(Wien. medic Presse,* n° 2, 1883. *Centralbl. für Chir.*, n° 20, 1883.) L. B.

CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES

(8e SESSION, COPENHAGUE 1884).

Le huitième Congrès international des Sciences médicales aura lieu à Copenhague du 10 au 16 août 1884.

Le Comité d'organisation chargé d'en préparer les travaux est composé comme suit :

Président : M. le professeur P.-L. Panum.

Secrétaire général : M. le professeur C. Lange.

Secrétaires : MM les Drs O. Bloch, C.-J. Salomonsen et Joh. Moller.

Trésorier : M. le professeur E. Hansen Grut.

Et des présidents des comités spéciaux des différentes sections, à savoir :

Section d'anatomie : M. le professeur Chievitz.

— de physiologie : M. le professeur P.-L. Panum.

— de pathologie générale et d'anatomie pathologique : M. le professeur C. Reisz.

— de médecine : M. le professeur F. Trier.

— de chirurgie : M. le professeur Holmer.

— d'hygiène et de médecine publique : M. le Dr E. Hornemann.

— de médecine militaire : M. Salomon, inspecteur général du service de santé de l'armée.

— de psychiatrie et des maladies nerveuses : M. le professeur Steenberg.

— d'accouchement : } MM. les professeurs Stadfeldt.

— de gynécologie : } Howitz.

— des maladies des enfants : M. le professeur Hirschsprung.

— d'ophtalmologie : M. le professeur Hansen Grut.

Section des maladies de la peau et de la syphilis : M. le professeur Haslund.
— d'otologie : M. le Dr W. Meyer.
— de laryngologie : M. le Dr W. Meyer

Les comités spéciaux établis pour les sections ci-dessus mentionnées se sont complétés, en tant qu'ils l'ont jugé convenable, par l'adjonction de membres demeurant hors de Copenhague, soit en Danemark, soit dans les autres pays scandinaves.

Pour que la réunion du Congrès soit aussi féconde que possible en résultats utiles, les comités d'organisation des sections (suivant l'exemple des congrès précédents) se sont mis en relation avec des hommes éminents dans les différentes branches afin de fixer un programme.

Le programme sera envoyé avec les statuts à ceux de nos collègues qu'on présume s'intéresser aux travaux du Congrès et vouloir y prendre part.

Pour que le programme puisse être publié aussitôt que possible, il est très désirable que toutes les communications qui sont relatives au Congrès, et que le comité recevra avec reconnaissance, soient adressées au secrétaire général soussigné, avant le 1er octobre prochain, afin qu'on puisse y avoir égard dans la rédaction du programme définitif.

Les personnes ayant qualité pour être membres du Congrès qui, avant cette époque, auront manifesté au secrétaire général leur intérêt pour le Congrès et leur intention de prendre part éventuellement à ses travaux (en indiquant, s'il est possible, la section à laquelle ils préfèrent se joindre), recevront, aussitôt que faire se pourra, le programme et les statuts.

Copenhague, juillet 1883.

P.-L. PANUM, *président.*
C. LANGE, *secrétaire général.*

Le propriétaire-gérant, Dr E. J. MOURE.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER, rue Cabirol, 16.

4e Année. N° 10. 1er Octobre 1883

REVUE MENSUELLE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

SOMMAIRE. — **Travaux originaux** : De la syphilis de l'oreille, par le Dr J. Baratoux. — **Clinique du Dr E. J. Moure** : Laryngite catarrhale chronique; poussées congestives au moment de l'apparition des règles, par le Dr E. J. Moure. — **Association médicale d'Amérique** : 34me Réunion annuelle; section d'Otologie et de Laryngologie. — **Revue de la Presse.** — **Index Bibliographique** : Pharynx, Nez, Larynx, Oreilles, Varia. — **Erratum.**

TRAVAUX ORIGINAUX

De la Syphilis de l'oreille;

par le Dr J. Baratoux.

Depuis longtemps déjà, les diverses manifestations de la syphilis sur les organes du corps humain ont été signalées tour à tour dans tous les traités spéciaux : c'est ainsi que les auteurs citent les différentes formes que peut prendre cette maladie lorsqu'elle se porte sur l'œil, le larynx, les systèmes nerveux et locomoteur, etc., etc. Mais à côté de l'étude pour ainsi dire approfondie des lésions des organes précédents, on est frappé de voir que des affections analogues, pouvant se présenter dans d'autres parties du corps, aient été laissées dans l'oubli ou tout au moins à peine effleurées par un grand nombre d'auteurs. L'oreille rentre dans cette exception. En effet, à part quelques traités spéciaux rappelant les lésions cutanées ou muqueuses si fréquentes dans cette maladie, c'est à peine si l'on consacre quelques lignes à l'otorrhée.

à la surdité, aux vertiges et aux bourdonnements, si fréquents cependant dans cette diathèse.

Pour avoir de plus amples détails sur les diverses manifestations de la syphilis sur l'oreille, il faut les demander aux écrits des médecins s'occupant des maladies de cet organe, principalement à ceux de nos contemporains, ajoutons même aux étrangers.

Où faut-il chercher ce défaut d'observation? Est-ce à l'incurie des malades; est-ce à cette sorte de répugnance qu'on a éprouvée pendant longtemps pour l'étude des maladies de l'oreille? Il est vrai que le malade ayant entendu tant de fois répéter que la thérapeutique auriculaire consistait seulement en injections ou en instillations d'huile, d'éther, etc... qu'il a fini par laisser de côté tout remède, devant le bénéfice plus que douteux de cette médication. Il est vrai aussi que beaucoup de médecins n'ont pas osé peut-être entrer dans le domaine de l'otologie, craignant d'entendre ces paroles que M. le professeur de Troeltch rapporte dans son remarquable *Traité* : « On risque sa réputation en devenant médecin auriste. » Mais aujourd'hui que les spécialités ont été admises par tous, si ce n'est toutefois par quelques esprits arriérés, aimant faire opposition aux progrès incessants de la science, les médecins auristes ne sont plus tenus en défaveur comme par le passé. Et si, en France, il n'existe pas encore de cours d'otologie, il n'en est pas de même à l'étranger. Nombre d'Universités enseignent officiellement les maladies des oreilles : à Berlin, à Prague, à Vienne, etc., etc., un et même plusieurs services spéciaux sont confiés à des professeurs extraordinaires qui y donnent un enseignement suivi. La maladie peut être suivie dans tout son cours, depuis son origine jusqu'à sa terminaison, et, si le patient succombe, l'anatomie pathologique vient faire connaître la cause de la mort, la nature et le siège des lésions.

Aussi ne sera-t-on pas étonné d'apprendre que c'est de l'étranger que nous vient le plus grand nombre des travaux sur l'otologie et sur la syphilis de l'oreille, que nous nous proposons d'étudier.

Nous allons essayer de réunir toutes les observations publiées jusqu'à ce jour sur ce sujet, en y ajoutant celles

que nous avons recueillies tant dans notre pratique que dans quelques services des hôpitaux de Paris et de Vienne, tels que ceux de M. Besnier à l'hôpital Saint-Louis, de M. Marchand à la Maternité de Cochin et de M. le professeur Parrot à l'Hospice des Enfants-Assistés, à l'obligeance duquel nous devons d'avoir pu pratiquer un certain nombre d'autopsies qui trouveront place dans le cours de ce travail. Enfin, nous rapporterons aussi quelques cas que nous avons observés dans le service de M. le professeur Politzer, de Vienne.

Devons-nous suivre, pour cette étude des manifestations de la syphilis de l'oreille, l'ordre dans lequel apparaissent successivement ces lésions, ou plutôt prendre tour à tour les diverses parties de cet organe pour passer en revue les lésions qu'elles peuvent présenter? Ces deux manières de procéder ont chacune leur avantage; ainsi, si cette dernière présente l'inconvénient de séparer les accidents primitifs, secondaires ou tertiaires, qui affectent parfois en même temps des parties différentes de l'oreille, elle a le mérite de respecter non-seulement la classification anatomique, mais encore les limites qu'a mises entre ces parties l'embryologie.

Au reste, la division des maladies syphilitiques en accidents secondaires et tertiaires n'est pas absolue; aussi ne l'accepterons-nous pas, préférant d'abord étudier les manifestations syphilitiques de l'oreille externe, puis celles de l'oreille moyenne, enfin celles de l'oreille interne.

Mais, avant d'entrer dans cette description, nous croyons bon de faire précéder cette étude d'une revue des principaux auteurs qui ont signalé l'influence de la syphilis sur l'appareil auditif.

Historique.

S'il faut arriver jusqu'à notre époque pour trouver dans les auteurs une description satisfaisante des manifestations de la syphilis sur l'oreille, il ne faudrait pas croire, cependant, que nos devanciers aient ignoré les ravages que cette maladie pouvait produire sur cet organe.

C'est ainsi que sans nous arrêter aux écrits des médecins grecs et latins qui parlent de la syphilis en général, sans faire mention de cette diathèse sur l'appareil de l'audition, tels que Celse, Galien, Oribase, Aétius, Arétée, aux épigrammes de Martial, aux discours de Dion, de Chrysostome et aux épîtres de Saint-Paul, etc., nous devons remonter jusqu'à l'an 400 de notre ère pour trouver dans un livre de médecine hindoue les premières traces de la vérole sur l'oreille : « Les humeurs mises » en mouvement, lit-on dans le *Sucrutas A'yuverdas*, se » portent vers les parties supérieures, déterminent des » hémorroïdes dans la bouche, le nez, l'œil et l'*oreille*. Si » cette dernière est atteinte, il survient de la surdité, de la » douleur, et, de plus, il en sort de l'humeur répandant » une odeur fétide..... » (Nidanasthâna) (1).

Le moyen âge, quoique fécond en auteurs, a écrit sur la syphilis, comme Guillaume de Salicet, de Lanfranc (de Milan), de Valescus (de Tarente), de Roger, de Roland, d'Arnauld de Villeneuve, de Guy de Chauliac, etc., ne nous apporte aucun fait de syphilis auriculaire. Il faut encore laisser de côté la première période de la Renaissance, qui donne naissance aux travaux d'Alexander Benedictus, de Vérone; de Nicolaus Leonicenus, de Vicence; de Gaspard Torella, de Nicolas Massa, de Paracelse; de Jean, de Vigo; de Frascator.

A cette époque, l'on croyait que la vérole était transmissible par le souffle humain, et, à ce propos, Vidal de Cassis rapporte que le cardinal de Wolsey, premier ministre de Henri VIII, fut mis à mort parce que, sachant qu'il avait la syphilis, il avait néanmoins osé parler à l'oreille du roi (2). D'autres écrivains prétendent que c'est pour avoir confessé Anna Boleyn et lui avoir transmis la vérole à travers la grille du confessionnal (3).

(1) *Sucrutas A'yuverdas, id est medicinæ systema, a venerabili D'hanvatare demonstratum, a Suçruta discipulo compositum. Nunc primum ex sansckrita in latinum sermonem vertit, introductionem, annotationes, et rerum indicem adjecit.* (Dr Franciscus Hessler, t. I, cap. 2, p. 111. Erlangen, 1844-1850.)

(2) Vidal de Cassis, *Traité des maladies vénériennes*, Paris, 2e édition, 1855, p. 45.

(3) Le cardinal de Wolsey n'a pas été exécuté, contrairement à l'opinion de Vidal de Cassis. Ayant été accusé de haute trahison, Wolsey fut arrêté pour être conduit à la Tour de Londres; mais étant tombé malade en route, il fut obligé de s'arrêter à l'abbaye de Leicester, où il expira le 29 novembre 1529.

Fernel (1) lutta contre ces idées erronées et admit la transmissibilité de la syphilis par contagion.

Peu auparavant, Léonard Botal (2) avait observé un vérolé qui rendait du pus en abondance par le nez et les oreilles.

L'année suivante, Gabriel Fallope (3) signalait les bourdonnements d'oreilles comme symptômes de la syphilis; puis Alex. Trajan Petronius (4) et Aloysius Luisinius (5) citaient quelques lésions qu'ils avaient observées dans le cours de cette maladie.

En 1585, Ambroise Paré (6) rapporte qu'outre qu'ils sont sujets aux bourdonnements, « les vérolés vexés de » la grosse vérole perdent l'ouïe par une grande douleur » à la tête. »

Un peu plus tard, Guarinoni (7) observait, en 1610, un cas de syphilis cérébrale accompagné de surdité, et Platerus (8) rapportait, en 1641, l'histoire d'un abbé qui avait perdu la vue, l'ouïe et la parole, à la suite d'une maladie vénérienne.

Valsalva (9) nous apprend que cette affection attaquant l'apophyse mastoïde peut gagner la caisse du tympan et arriver jusqu'à la gorge, et qu'une ulcération spécifique de la trompe d'Eustache en produit l'oblitération, d'où surdité.

J.-A. Genselius (10) dit qu'un vénérien : « Ince laborare » cum cephalalgia imprimis nocturna lancinante contu-

(1) Fernel, *De luis venereæ curatione*, 1545.

(2) Léonard Botal, *Luis venere æcurandae ratio*. Parisiis, 1543, p. 64.

(3) Gabriel Fallope, *De morbo gallico tractatus. Petri Angeli Agathi Maceratis opera atque diligentia editus*. Patavii, apud Lucam Bertellum, 1564, cap. 97 à 98.

(4) Alex. Traj. Petronius, *De aurium atque oculorum læsione*, dans *De morbo gallico*, lib. VII, c. 8.

(5) Aloysius Luisinius, *Aphrodisiacus sive de lue venerea in duos tomos bipartitus, continens omnia quæcumque hactenus dé hac ze sunt ab omnibus conscripta*. Venetiis apud Baretium et socios, 1566.

(6) A. Paré, *Œuvres complètes*, livre XIX, ch. XI, p. 467. Paris, 1585.

(7) Christophe Guarinoni, *Consilia medicinalia*. Venetiis, 1610. Consult. XXVIII, XXIX et XXX.

(8) Félix Platerus, *Observationes in hominis affectibus...* Basilæ, 1641, lib. III.

(9) A. Valsalva, *De aure humana tractatus*. Bologne, 1704, in 4°, p. 89 et 90.

(10) Jean-Adam Genselius, *Academiæ Cesareæ-Leopoldius-Carolinæ naturæ curiosorum. Ephemerides*, 1717, centuria VI, obs. 84, p. 349.

» macissima, tinnitu aurium continuo et tandem » surditate. »

Laubius Hieronymus (1) parle d'une malade qui eut une carie du temporal avec otorrhée, suite de maladie vénérienne, et Boerhave (2) signale la perte de la vue et de l'ouïe dans des cas analogues.

Astruc (3) écrivait, en 1740, que sous l'influence de la syphilis : « Aurium interiora, alvearium, cavitatis tym- » pani, sinus mastoides, ductus hemicyclici, cochlea, » labyrinthus, dolent, inflammantur, abscedunt, exul- » cerantur cum dolore atrocissimo, intolerando, carie » exeduntur ossicula, quæ auditioni serviunt, malleus, » incus, stapes, os orbiculare osseusque aurium fornix. » Plus loin, il parle aussi de la dureté de l'ouïe due à l'obstruction des nerfs auditifs par des esprits grossiers, ou à leur compression par des artères trop gonflées, par des nodus et des ganglions qui se sont developpés autour d'eux, par des exostoses qui se sont formées dans l'intérieur des os qu'ils parcourent.

Fabre (4) rappelle les lésions signalées par Astruc : « Exostoses in fornice osseo tympani, sinu mastoidis, » labyrinthi etc... vel hyperostoses quatuor ossiculorum » auditioni inservientium incudis, mallei, stapedis et » ossis orbicularis. » Il signale, en outre, un cas de vertige qu'il a observé ultérieurement (5) chez un syphilitique.

Leschevin (6) s'étend longuement sur l'affection vénérienne dans son mémoire qu'a couronné l'Académie royale de Chirurgie :

« Si, par quelque cause que ce soit, la membrane qui » tapisse les cellules mastoïdiennes sécrète une trop » grande quantité de mucosité, comme il arrive à la » membrane pituitaire dans l'enchiffrement, il est cer-

(1) Laubius Hieronymus, *Acad. Ces. Leop. Carol. nat. cur. Eph.* 1719, cent. VIII, obs. 21.

(2) Boerhave, *Aphorismi de Cognoscendis et curandis morbis*, 1728.

(3) Astruc, *De morbis venereis*, tom. I, lib. IV, cap. 1 et 3, p. 402 et 423. Parisiorum, 1740. Trad. franç. par Louis, 1777.

(4) Fabre, *Essai sur les maladies vénériennes où l'on expose la méthode de feu M. Petit dans leur traitement, avec plusieurs consultations du même auteur*. Paris, 1758, vol. in-12.

(5) Fabre, *Nouvelles observations sur les maladies vénériennes*. Paris, 1779, p. 50, obs. 21.

(6) Leschevin, *Sur la théorie des maladies de l'oreille*, 1763.

» tain que la caisse du tambour doit se trouver inondée, » que la membrane du tympan et celle des fenêtres » ronde et ovale doivent être abreuvées et relachées : ce » qui rend nécessairement l'ouïe dure; outre cela, cette » humeur peut s'épaissir par quelque vice particulier. Je » ne doute pas, par exemple, que l'épaississement causé » par le vice vénérien, et sa rétention dans la caisse et » dans la trompe, ne soient une des causes immédiates » les plus ordinaires de la surdité vérolique. Il y a déjà » longtemps qu'on a remarqué que le virus vénérien a » une affinité particulière avec les humeurs muqueuses, » telles que celles de l'intérieur du nez, de la gorge, du » palais; ce qui fait que ces parties sont si souvent » affectées de la vérole. L'humeur des sinus mastoïdes » étant le même genre, il n'est pas étonnant que le virus » vérolique s'y associe volontiers. »

Ainsi Leschevin attribue la surdité dans la syphilis à une sécrétion abondante dans l'oreille moyenne. Aussi revient-il plus loin sur cette cause d'affaiblissement de l'ouïe en disant : « Si la surdité a été précédée par quel- » que maladie vénérienne, et mieux encore si elle est » accompagnée de quelques symptômes de la vérole, on » a lieu de croire qu'elle vient d'un amas d'humeurs » épaissies dans la caisse.» Et à ce propos, il cite l'observation d'un jeune homme qui eut à la suite de la syphilis des douleurs aiguës dans l'oreille droite, de l'otorrhée et de la carie du temporal qui détermina la mort.

Van Swieten (1) pense que la surdité peut être produite par les ulcérations syphilitiques du pharynx, qui s'étendent, même par une marche lente, dans la trompe d'Eustache et détruisent complètement l'oreille interne en amenant un écoulement purulent par le conduit; et plus bas, il ajoute que les lésions cérébrales spécifiques produisent des vertiges, de l'apoplexie, de la cécité et de la surdité.

Quelques années plus tard, Sauvage (2) dit que si l'endurcissement du tympan procède du virus vénéneux,

(1) Van Swieten, *Commentaria in H. Boerhavii aphorismos.* Lugdini Batavorum, 1772, t. V, p. 369, 371, 373.

(2) Sauvage, *Nosologie méthodique*, t. II, p. 287, 1771.

le pavillon de l'oreille est couvert d'écailles qui se détachent facilement laissant après elles de la rougeur des parties qu'elles recouvraient.

C'est aussi vers cette date qu'on signale des plaques muqueuses dans le conduit. Lalouette (1), en effet, rapporte un cas de pustule syphilitique dans le conduit avec écoulement purulent, dont la guérison fut amenée par des fumigations mercurielles.

W. Truka (2), de Krzowitz, employa aussi les mercuriaux contre la surdité vénérienne.

L'année suivante, Pleuck (3) qui, en 1764, avait fait usage, avec succès, des mercuriaux contre la même maladie, signale, en 1773, la surdité due au rétrécissement de la trompe ou à son obstruction par ulcérations et compression des amygdales engorgées.

A la même époque, Radfort donnait ses soins à une malade dont les amygdales et le palais avaient été détruits par un ulcère syphilitique. L'ouverture des trompes était aussi atteinte par l'ulcération, au point que, chaque fois que cette dame avalait un liquide, une partie s'en écoulait par les oreilles.

De Horne (4) cite deux observations de syphilis, avec surdité, guéries par les frictions mercurielles. Son deuxième malade présentait de la douleur et des vertiges accompagnant la surdité.

En 1786, Hunter (5) fait observer que la surdité complète peut être consécutive à la suppuration qui est accompagnée de douleurs violentes dans l'oreille et dans la tête, symptômes indiquant l'existence d'une otite profonde pouvant être due à la syphilis.

Trois ans plus tard, Bru (6), parlant des syphilophobes,

(1) Lalouette, *Nouvelle méthode de traiter les maladies vénériennes*. Paris, 1776, p. 169.

(2) Truka de Krzowitz. *Historia cophoseos et baryecoiae*. Vindobonae, 1778, in-8°, p. 116.

(3) Jac.-Jos. Pleuck, *Methodes nova et facilis argentum vivum aegris venerea labe infectis exhibendi*. Viennæ, 1764. — *De morbi venerei doctrina*. Apud Rodolphum Graeffer, 1779, 1 vol. in-8°, p. 89.

(4) De Horne, *Observations sur les différentes méthodes d'administrer le mercure dans les maladies vénériennes*. Paris, 1779, t. I, p. 352 et 369.

(5) Hunter, *Traité des maladies vénériennes*. Trad. d'Audiberti, 1787, partie 81, chap. II, sect. 4, p. 347.

(6) Bru, *Nouvelle méthode de traiter les maladies vénériennes*. 1789, t. II.

signale les bourdonnements d'oreilles dont se plaignent ces malheureux.

Vers la même époque, Arnemann (1) décrit l'existence dans la caisse du tympan d'une matière crayeuse qu'il croit due à la maladie vénérienne.

Dans son *Traité de chirurgie*, J.-L. Petit (2) rapporte l'observation d'une gomme syphilitique siégeant au-dessus de l'apophyse mastoïde. Après l'avoir ouverte, il y trouva un fragment de la table externe du temporal, qui lui-même était carié. Il a rencontré plusieurs fois des lésions analogues chez des gens morts de pareille maladie.

Hagstroem (3) signale, vers la même époque, une surdité complète consécutive à des accidents spécifiques.

Nisbet (4) prétend que cette surdité est généralement précédée pendant quelques mois par un bourdonnement d'oreilles accompagné de douleurs violentes quand survient la suppuration; celle-ci peut cependant manquer; alors l'organe se détruit en partie. Cette surdité peut encore provenir d'une lésion de l'orifice guttural de la trompe d'Eustache.

Benjamin Bell (5) a vu des pustules se fixer dans le méat auditif externe et occasionner une surdité passagère. Dans ce cas, le conduit est obstrué par une matière sèche qui forme une croûte, ou bien la membrane qui tapisse le passage s'épaissit, s'attendrit et s'ulcère. Il dit plus loin que quelquefois une surdité prononcée est due à l'obstruction de la trompe d'Eustache qu'a atteinte une ulcération syphilitique du pharynx.

En 1800, Cooper (6) avance que la cicatrisation de ces ulcères peut fermer l'ouverture de la trompe, d'où perte de l'ouïe du côté affecté.

Swiedaur (7), en parlant aussi des mêmes lésions, dit

(1) Arnemann, *De morbo venereo analecta quædam ex manuscriptis musei Britannia Londinensis.* Gœttingue, 1789, in-4o.

(2) Jean-Louis Petit, *Traité des maladies chirurgicales et des opérations.* Ouvrage posthume publié J.-M. Lesne, 1790, t. I, chap. 4, p. 221-224.

(3) Hagstroem, *Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie*, fév. 1793.

(4) Nisbet, *Traité des maladies vénériennes*, p. 243.

(5) B. Bell, *Traité de la gonorrhée virulente et de la maladie vénérienne.* Edimbourg, 1793, Trad. franç. par M. Bosquillon, 1802, t. II, p. 200.

(6) Cooper, *Transactions philosophiques*, 1800.

(7) Swiedaur, *Traité complet de la maladie vénérienne ou syphilitique.* Paris, 1801, t. II, p. 144.

avoir vu plusiéurs exemples de surdité et de douleurs violentes dans les oreilles, à la suite de ces ulcères, qui amenaient du gonflement de l'orifice du tube d'Eustache.

Saunders (1) attribue l'inflammation de la trompe avec oblitération du conduit aux inflammations chroniques du pharynx et des amygdales, ou mieux encore aux ulcères de nature syphilitique.

A son tour, Marcet (2) note les bruits d'oreilles dans les ulcérations de la cavité naso-pharyngienne, et Pearson (3) rapporte un cas de syphilis avec surdité et bourdonnements.

En 1812, Larrey (4) eut l'occasion de voir un malade qui, six ans après le début d'une syphilis, présenta un écoulement purulent de l'oreille qui mit fin à des douleurs de tête intolérables; dès que cette suppuration se tarit, survinrent des vertiges, des accès d'épilepsie accompagnés de bourdonnements et de surdité de l'oreille lésée.

Cullerier neveu (5) signale, à son tour, l'altération de l'ouïe à la suite de gommes de la voûte palatine.

Quelque temps après, Raymond (6) observe un homme atteint de nécrose de la plupart des os du crâne, à l'autopsie duquel l'on trouva un séquestre formé en entier par le corps du rocher du temporal gauche.

Jusqu'ici aucun auteur ne s'est étendu longuement sur la syphilis de l'oreille; les observations sont éparses çà et là, publiées la plupart du temps dans un tout autre but que celui de faire connaîte spécialement les affections de l'organe de l'ouïe occasionnées par la maladie vénérienne. Itard (7), dans son *Traité*, en étudiant tour

(1) Saunders, *The anatomy of the human ear with a Treatise on Diseases of that organes, the causes of Deafness, ond their Proper Treatment*. London, 1806, p. 79.

(2) Marcet, Observation rapportée par Pearson, p. 222.

(3) Pearson, *Observationes of the effects of verious articles of the materia medica in the cure of the lues venerea*. London, 1807, 2me éd., p. 216.

(4) Larrey, *Mémoires de chirurgie militaire et campagnes*. Paris, 1812, t. II, p. 444.

(5) Cullerier neveu, *Journal de Médecine*, 1814, t. XLIX, p. 202.

(6) Raymond, *Journal de Médecine*, 1818. Paris, t. XLV, 4 de la 11e série, p. 354.

(7) Itard, *Traité des maladies de l'oreille*, 1821, 1842, t. I, p. 100, 175, 187, 233, 346; t. II, p. 91, 293. — *Dictionnaire des Sc. méd.*, t. LIII. Paris. 1821.

à tour les diverses lésions que présentent les différentes parties de l'oreille, signale l'influence que la syphilis peut avoir sur quelques-unes d'entre elles. Ainsi, elle peut occasionner une otite catarrhale, une otite interne (on dirait moyenne aujourd'hui) purulente, une carie de l'os temporal, et plus souvent une surdité due à l'inflammation ou à l'occlusion de la trompe. Celle-ci peut être produite, entre autres causes, par l'adhérence de ses parois. Dans ce cas, l'on doit penser à un ulcère spécifique du voile du palais ou à une angine gangréneuse qui ont ravagé ces parties, ou mieux encore à une ulcération qui s'est portée dans le pavillon ou vers la portion cartilagineuse et même la portion osseuse du conduit.

Après Itard, signalons le cas rapporté par Delpech (1), dont la célèbre observation de son voilier nous apprend que la surdité et l'otorrhée accompagnèrent la carie syphilitique d'un grand nombre des os de la face et du crâne de ce malheureux.

Ailleurs, ce même auteur dit que l'ostéite, qui se propage au rocher, peut intéresser directement le nerf auditif en déterminant l'exfoliation de portions nécrosées du labyrinthe.

J. Franck (2) note de son côté que l'otite interne (moyenne) atteint fréquemment les individus syphilitiques exposés aux intempéries de l'air.

Alibert (3) constate également une pareille affection dans la maladie vénérienne; il parle aussi, dans sa *Thérapeutique médicale*, d'un jeune homme devenu sourd par suite d'excroissances que la syphilis avait produites.

Paraît alors le travail de Saissy (4) qui, rappelant en quelques mots les faits de ses devanciers, expose à diverses reprises, dans le cours de son étude, les lésions produites par la syphilis. *(A suivre.)*

(1) Delpech, *Chirurgie clinique de Montpellier. Considérations sur les maladies vénériennes*. 1823, t. I, p. 392 et suivantes.

(2) J. Franck, *Praxeos medica universæ præcepta*. Lipsiæ, 1833. Trad. fr., t. IV, p. 22.

(3) Alibert, *Description des maladies de la peau observées à l'hôpital Saint-Louis*. 1806-1827.

(4) Saissy, *Essai sur les maladies de l'oreille interne*. Paris. 1827, in 8°. Œuvre posthume publiée par Montain, p. 39, 128, 130, 57, 164, 201, 185 et 197.

CLINIQUE DU Dr E. J. MOURE

Laryngite catarrhale chronique. — Poussées congestives au moment de l'apparition des règles.

Au dernier Congrès de Londres (août 1881, sous-section de Laryngologie), notre très estimé collaborateur, le Dr L. Bayer, avait choisi pour sujet de sa communication l'influence de l'appareil sexuel de la femme sur l'organe vocal et la formation de la voix, et il signalait, à l'appui de la thèse qu'il soutenait, quelques observations personnelles et d'autres puisées à différentes sources. Je ne reviendrai donc pas sur l'historique d'une question qui a déjà été traitée dans cette même *Revue* (t. I, p. 430 et suiv.); mais, ainsi que l'a déjà établi le Dr Bayer, l'influence des organes sexuels de l'homme et surtout ceux de la femme peuvent se manifester de différentes manières sur le larynx.

Presque toujours, en effet, avec le développement physiologique des organes génitaux de l'homme et de la femme, apparaît une poussée congestive, une hypernutrition laryngienne désignée sous le nom de *mue*, poussée qui peut dépasser les limites habituelles et devenir le point de départ d'une affection de l'organe vocal.

Dans quelques cas, c'est une affection utérine qui occasionne une maladie de la gorge, et la rend rebelle à toutes sortes de médications; d'autres fois, c'est la gestation qui influence d'une manière heureuse ou malheureuse une affection laryngienne préexistante.

Assez souvent, enfin, c'est l'apparition des règles qui détermine une poussée congestive du côté de l'organe vocal ou qui, dans le cours d'une laryngite, empêche le traitement de produire les effets que l'on était en droit d'attendre, et vient retarder une guérison sur le point de s'opérer.

Le fait suivant me paraît être un bel exemple de cette influence exercée par la période cataméniale sur la marche d'une affection catarrhale des cordes vocales, et c'est à ce titre que j'ai cru intéressant de le publier ici :

Observation. — Mme C..., âgée de trente ans, ménagère, se présente à la clinique le 1er septembre 1882; elle vient me consulter pour un enrouement très prononcé.

Antécédents héréditaires et morbides nuls.

Il y a un an, elle s'est enrhumée et a commencé à tousser; elle éprouvait à cette époque un simple picotement à l'arrière gorge; mais, à ce moment, la voix était normale. Quelques mois plus tard, la voix devint d'abord enrouée, puis finit par s'éteindre presque complètement, et à cette époque, me dit la malade, la phonation provoquait une toux sèche, quinteuse, qui excitait parfois les vomissements.

Cependant, elle m'affirme qu'elle n'a pas maigri, qu'elle a conservé toutes ses forces, qu'elle est très bien réglée, que les menstrues durent huit à dix jours.

Elle a eu, au début de son mariage, une fausse couche à deux mois, par suite d'accident, et depuis elle a eu deux enfants parfaitement constitués, l'un âgé de dix ans, l'autre de six.

L'appétit a toujours été bon; les digestions se faisaient bien.

Au moment où elle vient me voir, son aspect général paraît assez bon, sa voix est très voilée et même presque éteinte depuis dix jours, me dit-elle.

La malade a une toux sèche et quinteuse revenant assez souvent; la toux est également voilée.

A l'examen, je constate un léger état granuleux du pharynx, qui semble parsemé d'un semis de grains de semoule rouges, plutôt que de véritables granulations. Quelques vaisseaux dilatés et sinueux parcourent la surface de la muqueuse, dont l'aspect général est irrité.

A l'examen laryngoscopique, l'épiglotte et ses replis sont sains; la muqueuse aryténoïdienne est le siège d'une légère congestion, et la commissure postérieure a un léger aspect velvétique.

Les bandes ventriculaires sont saines.

Les cordes vocales sont d'un rouge assez uniforme dans bien des points; leur surface est le siège d'une desquamation manifeste. Elles se meuvent d'une manière *à peu près* normale, car si elles viennent se mettre en contact pendant la phonation elles semblent cependant un peu détendues.

La trachée apparaît rouge.

En présence de ces symptômes, je pense arriver à une amélioration, et même obtenir une guérison assez rapide.

Je prescris un traitement général tonique, une potion calmante, et je fais un attouchement du larynx avec une solution de chlorure de zinc (1/50).

Après quelques jours de traitement, l'état local s'améliore rapidement, la voix reprend un timbre enroué, mais redevient vibrante, la toux se calme et les cordes vocales reprennent une teinte gris-blanchâtre qui explique évidemment le changement survenu dans la phonation.

Le 15 septembre, l'amélioration ayant continué à se produire, je fais espérer à la malade une guérison prochaine.

Le 20 septembre, je fais un nouvel attouchement du larynx (solut. chlor. de zinc au 1/50), que je croyais être le dernier; mais quelques minutes après cet attouchement, la voix, qui était auparavant assez claire, se voile presque tout à coup et la malade ne peut plus parler à haute voix.

L'examen laryngoscopique me révèle l'existence d'une rougeur très notable des rubans vocaux, et quelques heures après les règles apparaissent. Une fois ces dernières passées, je repris le traitement; mais ce fut en vain, et c'est à peine si vingt jours après les règles la voix était devenue un peu moins voilée.

Le 18 octobre, la nouvelle période menstruelle apparut, augmentant encore l'enrouement le premier jour; mais, dès le deuxième jour, la voix redevint meilleure, et, à la fin des règles, elle était de nouveau à peu près normale.

Je continuais à soigner la malade en lui recommandant de cesser tout traitement deux ou trois jours avant ses règles, et, lorsque ces dernières apparurent, elles occasionnèrent, non plus une véritable extinction de voix, mais simplement un peu de raucité qui disparut avec elles.

Le fait précédent m'a paru intéressant, non-seulement à cause de l'influence bien nette de chaque menstrue sur la phonation de la malade, mais il m'a semblé surtout contenir un enseignement, à savoir : qu'il est préférable, dans la généralité des cas, sinon de s'abstenir de tout attouchement laryngien, au moins de les faire beaucoup plus légers pendant les règles ou lorsqu'elles vont apparaître. Ce n'est pas la première fois, en effet, que j'ai eu

l'occasion d'observer un enrouement assez intense et surtout tenace, provoqué par un attouchement de la muqueuse laryngienne pendant la période cataméniale.

ASSOCIATION MÉDICALE D'AMÉRIQUE

34me Réunion annuelle. — Section d'Otologie et de Laryngologie.

Séance du 5 Juin 1883.

Présidence du Dr CHISHOLM (de Baltimore).

De la paralysie du nerf facial dans ses rapports avec les maladies de l'oreille. *(Paralysis of the facial nerve in connection with diseases of the Ear.)* — Le Dr Laurence TURNBULL, de Philadelphie, appelle l'attention sur un fait déjà connu (1), à savoir la possibilité d'observer une paralysie des muscles de la face dans le cours d'une otite moyenne aiguë ou chronique. Les vertiges, convulsions épileptiformes et la folie, sont autant de phénomènes réflexes qui peuvent être dus à l'irritation ou la compression des nerfs sensitifs et moteurs de l'oreille.

A l'appui de sa thèse, l'auteur cite plusieurs faits, et entre autres celui d'une femme âgée de cinquante ans qui avait une tumeur maligne située dans l'oreille, d'où elle venait faire saillie à l'extérieur, englobant le conduit auditif, le temporal, et venant faire hernie à travers le pavillon, formant ainsi une tumeur bilobée. Le néoplasme était situé entre les branches pétreuses de la cinquième paire, atteignant la corde du tympan. Peu de temps après survint de la périostite qui détermina une certaine irritation et de la compression cérébrale dont la mort fut le résultat. Turnbull rapporte également des cas de paralysie faciale dus à un simple gonflement du tissu nerveux.

Amygdalotomie sans hémorrhagie. *(Tousillotomy without hemorrhage.)* — Le Dr William JARVIS, de New-York, désire surtout combattre l'opinion émise par quelques

(1) Voir *Revue de Laryngologie*, etc., n° 4, avril 1883.

[illegible] je pense arriver à une [illegible] assez rapide.

[illegible] tonique, une potion [illegible] du larynx avec une [illegible].

[illegible] l'état local s'améliore [illegible] enroué, mais redevient [illegible] vocales reprennent [illegible] évidemment le chan[illegible].

[illegible] ayant continué à se pro[illegible] guérison prochaine.

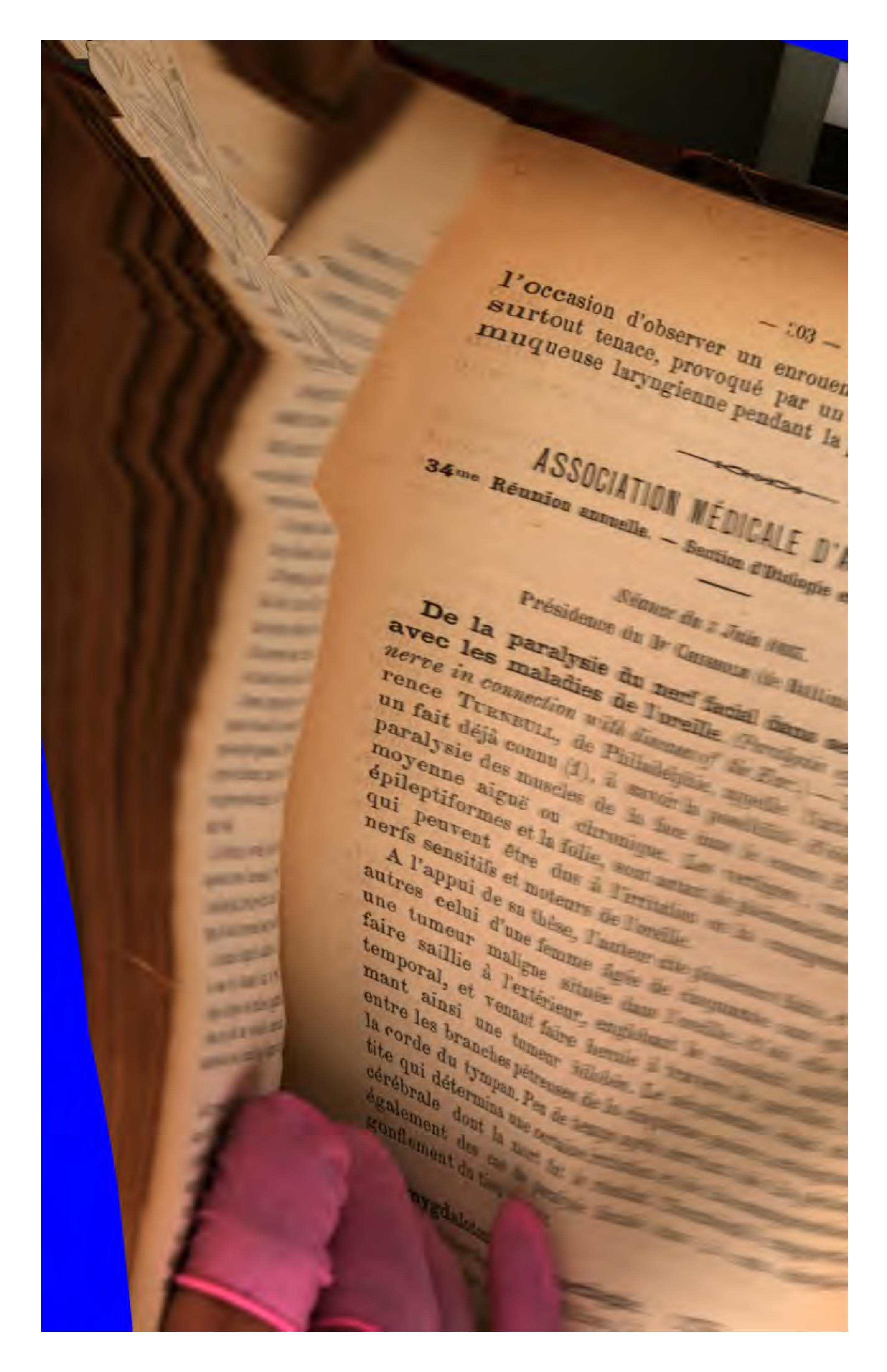
[illegible] attouchement du larynx [illegible] que je croyais être le dernier; [illegible] attouchement, la voix, qui [illegible] presque tout à coup [illegible] à haute voix.

[illegible] révèle l'existence d'une [illegible], et quelques heures [illegible]. Une fois ces dernières passées, [illegible] en vain, et c'est à peine [illegible] après les règles la voix était devenue un peu [illegible].

Le 18 octobre, la nouvelle période menstruelle apparut, [illegible] encore l'enrouement le premier jour; mais, dès le [illegible] jour, la voix redevint meilleure, et, à la fin des [illegible], elle était de nouveau à peu près normale.

Je continuais à soigner la malade en lui recommandant de cesser tout traitement deux ou trois jours avant ses règles, et, lorsque ces dernières apparurent, elles occasionnèrent, non plus une véritable extinction de voix, mais simplement un peu de raucité qui disparut avec elles.

Le fait préc[illegible]ressant, non-[illegible] à cause de [illegible] ch[illegible] la pho[illegible] conte[illegible] dans [illegible] attoi[illegible] plus [illegible] ra[illegible]



l'occasion d'observer un enrouem…
surtout tenace, provoqué par un …
muqueuse laryngienne pendant la …

ASSOCIATION MÉDICALE D'A…

34me Réunion annuelle. — Section d'Otologie e…

Séance du …

Présidence du Dr …

De la paralysie du nerf facial dans se… avec les maladies de l'oreille. (*Paralysis … nerve in connection with diseases of the Ear.*) — …
rence TURNBULL, de Philadelphie, appelle …
un fait déjà connu (1), à savoir la possibilité …
paralysie des muscles de la face dans le cours …
moyenne aiguë ou chronique. Les vertiges, …
épileptiformes et la folie, sont autant de …
qui peuvent être dus à l'irritation ou …
nerfs sensitifs et moteurs de l'oreille.

A l'appui de sa thèse, l'auteur cite …
autres celui d'une femme âgée de cinquante …
une tumeur maligne située dans l'oreille …
faire saillie à l'extérieur, englobant …
temporal, et venant faire hernie …
mant ainsi une tumeur bilobée. …
entre les branches pétreuses de la …
la corde du tympan. Peu de temps …
tite qui détermina une …
cérébrale dont la mort fut …
également des cas de …
gonflement du tis…

…ygdalot…

praticiens sur la possibilité des hémorrhagies après l'ablation des amygdales. Que l'on emploie le bistouri ou l'amygdalotome, les dangers peuvent être les mêmes dans les deux cas et résulter de l'état particulier des glandes à exciser. Dans bien des cas, en effet, on peut distinguer une amygdale hémorrhagique de celle qui ne l'est pas (*hemorrhagic and non hemorrhagic tonsil*). L'amygdale dure, squirrheuse, diffère de l'amygdale molle ordinaire, et, dans le premier cas, au lieu de l'amygdalotome, l'auteur recommande d'employer l'écraseur.

Le D[r] WILLIAMS (de Cincinnati) préfère le bistouri à l'amygdalotome.

Le D[r] TOMPSON (de Indianopolis) croit que couper des amygdales enflammées n'est pas agir sagement; mais dans les cas d'hypertrophie chronique il n'a jamais observé d'accident après l'opération, et il ne reconnaît pas d'avantage à l'instrument qui vient d'être décrit.

Le D[r] ROE (de Rochester) croit, avec M. Jarvis, qu'il faut faire quelques distinctions et que lorsque le pilier est adhérent à l'amygdale on peut craindre une hémorrhagie. Deux ou trois fois il a observé des hémorrhagies assez abondantes, et dans l'un de ces cas l'écoulement de sang, arrêté d'abord par la compression, reprenait dès que cette dernière cessait; l'hémorrhagie ne s'arrêta qu'à la suite d'efforts de vomissement.

Le D[r] William PORTER a employé six fois l'écraseur de Jarvis, et une seule fois il a observé une hémorrhagie abondante à la suite d'excision des amygdales au bistouri. Il est inutile, dit-il, d'enlever toute l'amygdale et l'excision de la partie qui dépasse les piliers est parfaitement suffisante; on aura, de plus, l'avantage de se mettre ainsi à l'abri de cette complication.

Les D[rs] GÉO, LEFFERTS, DELAVAN, ANDREW SMITH rapportent quelques observations d'hémorrhagies presque mortelles.

De l'action du nitrate d'argent sur la membrane muqueuse de la gorge. (*Action of Nitrate of Silver on the Mucous Membrane of the Throat.*) — Dans un mémoire sur ce sujet, le D[r] CARL SEILER établit que le nitrate d'argent solide

ou en solution n'est pas caustique, qu'il ne détruit pas l'épithélium superficiel et que son action varie suivant la force de la solution employée. Appliqué sur une surface dépouillée de son épithélium, il détruit la couche de cellules la plus superficielle. D'après les observations cliniques, le crayon ou les solutions concentrées de nitrate d'argent agissent comme stimulants locaux. Les solutions au 100e ou 200e appliquées sur des surfaces enflammées ont une action anesthésique et ne produisent pas d'inflammation appréciable, bien qu'elles excitent la sécrétion glandulaire; elles ont l'avantage d'arrêter souvent les inflammations. Si l'on désire une action stimulante et irritante, il est préférable d'employer le nitrate d'argent en poudre mêlé avec de l'amidon.

Le Dr JARVIS considère le nitrate d'argent comme un excellent topique dans les affections de la gorge. Il agit, en effet, comme antiseptique, stimulant, anesthésique et protectif.

Le Dr ROE rappelle que le nitrate d'argent en solution est un excellent moyen pour arrêter l'inflammation gutturale au début.

Le Dr CONNOR (de Détroit) pense que l'effet produit par le nitrate d'argent dépend beaucoup de la durée pendant laquelle a été faite l'application de ce topique.

Séance du 6 Juin.

Du tintement d'oreille et de la surdité qui accompagnent les différentes formes de maladies de Bright. *(Tinnitus aurium and the deafness w ich accompanies the different forms of Bright's Disease.)* — Le Dr LAURENCE TURNBULL lit un mémoire dans lequel il rapporte en détail certains symptômes auriculaires que l'on rencontre souvent dans la maladie de Bright.

Des discussions intéressantes qui suivent la lecture de ce mémoire se dégage ce fait : qu'il n'existe aucun symptôme pathognomonique du mal de Bright.

Le reste de la séance est consacré à des communications ophtalmologiques.

---

lymphatique du volume d'un œuf de pigeon; à gauche, plusieurs glandes de la grosseur d'une fève. Le malade est très amaigri; sa peau a une couleur jaune; elle est sèche et raidie.

A cause de la motilité du larynx et de la possibilité d'extirper la glande lymphatique droite, Maydl se décide à faire une opération radicale: la pharyngotomie sous-hyoïdienne, qui fut entreprise le 31 août 1882. D'abord, on pratiqua la trachéotomie supérieure et le tamponnement au moyen de la canule de Trendelenburg, puis l'extirpation de la glande lymphatique droite qui adhérait aux grands vaisseaux et au nerf accessoire. On suture la plaie; on fait alors une incision au-dessous du corps et de la grande corne droite de l'os hyoïde pénétrant dans le pharynx (3 centimètres d'épaisseur); mais, comme il était impossible d'attirer l'épiglotte en dehors de cette ouverture, l'incision fut prolongée jusqu'en dessous de la corne gauche. C'est alors que l'on s'aperçut, en touchant avec le doigt, que la tumeur descendait plus loin que les cordes vocales et nécessitait l'extirpation du larynx. On fait une incision longitudinale de la peau sur la ligne médiane, se rapprochant de la plaie trachéale; on décolle les parties molles recouvrant le larynx; on incise la larynx en allant vers la droite de l'épiglotte; on divise les ligaments ary-épiglottiques au moyen du thermo-cautère, et puis on enlève les deux lames du thyroïde (la gauche avec l'épiglotte adhérente). Les cartilages aryténoïdes restant encore furent enlevés au moyen du thermo-cautère. Ni le cartilage cricoïde, ni les cartilages trachéaux, ne furent touchés, pour empêcher la trachée de descendre dans le médiastin antérieur. On fit le tamponnement complet au-dessus de la plaie trachéale au moyen de gaze iodoformée pour prévenir l'entrée du pus dans la trachée, et, par suite, l'hépatisation lobulaire consécutive du poumon. La paroi antérieure de l'œsophage fut attachée avec deux fils pour faciliter l'introduction de la sonde œsophagienne. On sutura la plaie transversale et on fit le tamponnement de la plaie verticale. La canule de Trendelenburg fut laissée à demeure les jours suivants; presque pas de fièvre (38,5 au maximum); on administre des lavements nutritifs pendant les trois premiers jours; l'alimentation se fait avec la sonde; le 23 septembre, pour la première fois, le malade avale du liquide (la plaie de la gorge étant tamponnée).

Au commencement du mois d'octobre, les deux plaies sont cicatrisées : la canule est placée dans la plaie laryngienne et supprimée dans la trachée. Application d'un larynx artificiel peu de temps après, qui nécessita encore quelques opérations plastiques.

L'examen histologique démontre un carcinome composé de cellules cylindriques, parsemé de glandes muqueuses normales. Un bourgeon carcinomateux avait perforé le cartilage de l'épiglotte à l'endroit indiqué ci-dessus. Le cartilage était normal. (*Wiener medic. Presse,* n° 53, 1882.)

L. B.

Paralysie des dilatateurs de la glotte; par le Dr Gesenius. — De la toux et de la dyspnée se sont déclarées chez une servante de dix-huit ans après un refroidissement. La dyspnée inspiratoire était intense, surtout après les accès de toux, et accompagnée alors de cyanose.

Le laryngoscope démontre : un catarrhe aigu de l'épiglotte, du vestibule du larynx et des cordes vocales, qui sont en position cadavérique et y restent aussi bien pendant l'expiration que pendant l'inspiration. Il y a léger abaissement et rapprochement des cordes à l'inspiration; la phonation est normale. Le cinquième jour, les cordes vocales ont repris leur mobilité, et le septième le larynx fonctionne normalement. L'on peut se demander pourquoi l'auteur désigne ce fait sous le titre de « paralysie des dilatateurs de la glotte? » (*Deutsche medic. Wochenschr.*, n° 38, 1882, *Monatsschr., für Ohrenh.*, 1882, n° 12.)

L. B.

Cas de luxation complète du cartilage aryténoïde tout entier dans le larynx, avec sténose laryngée consécutive; par le professeur Dr Chvostek (de Vienne). — L'auteur a observé cette affection chez un dragon âgé de vingt-trois ans, atteint de fièvre typhoïde. Le malade fut pris, dans la seconde période de la maladie, d'une forte raucité de la voix et suffoqua en quelques jours.

La nécropsie démontra, comme cause de ce subit dénouement fatal, une obstruction de l'entrée du larynx par l'aryténoïde gauche presque complètement détaché.

Un ulcère typhoïde profond avait provoqué cette disloca-

tion, et c'est à cet enclavement que l'auteur a donné le nom de « luxation ». (*Wien. Med. Blatter*, n° 39, 1882.)

Fourchette laryngée pour l'extirpation des néoplasmes du larynx (*Dio kehlkopfgabel zur Entfirnung von Neoplasmen im larynx);* par le professeur Dr Voltolini (de Breslau). — Cet instrument remplit avantageusement à la fois l'office de couteau, de guillotine, de pince et d'anse; il permet d'éviter, grâce à sa forme arrondie, les dangers qu'offre l'introduction des autres instruments tranchants dans le larynx.

La partie essentielle de l'instrument est formée de deux couteaux-lancettes, avec cette différence que, dans la fourchette, la pointe des deux moitiés tranchantes regarde en haut et en dedans, formant au-dessus des pointes un espace rond également coupant, tandis que la pointe d'une lancette se trouve en bas.

La fourchette offre encore cet avantage d'être mince comme une sonde laryngienne et flexible à volonté; l'extrémité seule, formant la partie essentielle de l'instrument, est faite d'acier très dur. Il y a deux sortes de ces fourchettes : les unes coupant dans le sens antéro-postérieur et les autres dans le diamètre transversal.

Deux opérations faites au moyen de cet instrument, et relatées par Voltolini, garantissent suffisamment l'utilité de l'instrument. (*Monatschr. f. Ohrenheilk*, n° 11, 1883.)

L. Goris.

Manifestation des premiers symptômes de la syphilis dans le larynx; par les Drs Chiari et Dworak (clinique du professeur Neumann). — Cent huit hommes et cinquante-six femmes, présentant tous des accidents secondaires, ont été examinés au laryngoscope pendant 5 mois. Chez trente, il y avait une forte rougeur, chez trente-cinq elle n'était que faible ou localisée; vingt-quatre étaient affectés de catarrhe généralement de nature chronique (trois seulement de catarrhe aigu avec érosion des cordes vocales), cinq de plaques muqueuses, d'ulcérations superficielles, un d'ulcères profonds, un seul présentait des papules du cartilage aryténoïdien droit, et également un seul une infiltration diffuse de la corde vocale droite.

La fréquence des affections laryngées dans la syphilis varie suivant les auteurs : pour Lewin, elle est de 2.9 à 4.3 p. 100; pour Mackenzie et Schrötter, de 2.7 à 3.8 p. 100; pour

Sommerbrodt, de 18 p. 100; pour Bergh, de 24.6 p. 100; pour Zawerthal, de 60 p. 100; enfin, pour Bouchereau et Gouguenheim, de 43 p. 100. L'érythème syphilitique a été observé par Lewin et Fraenkel dans la proportion de 13.5 p. 100. Les Drs Chiari et Dworak ont observé, comme on l'a dit plus haut, trente-un cas de rougeur très prononcée, 18.3 p. 100. Mais peut-on dire où commence l'érythème? D'ailleurs, la coloration livide ou brun-rougeâtre, qui serait caractéristique, d'après Lewin, se rencontre également chez les non syphilitiques, et ne peut donc être regardée comme telle.

Le catarrhe du larynx, nié par Lewin comme étant originaire d'autres causes, fut observé dans vingt-un cas sur cent soixante-quatre malades; la raucité de la voix était souvent peu prononcée; généralement, il y avait parésie des cordes vocales, des mucosités visqueuses, jaunâtres, et une coloration gris-jaunâtre des rubans vocaux, ainsi que de l'épaississement du repli inter-aryténoïdien et de son épithélium, etc. Le succès fréquent du traitement antisyphilitique ne permettait guère de douter de l'origine du catarrhe.

Cinq fois les auteurs rencontrèrent des plaques muqueuses dans le larynx; trois fois elles se montrèrent sur les cordes vocales, une fois sur l'épiglotte, et une fois sur la muqueuse inter-aryténoïdienne. L'affection suivait toujours la même marche, comme les plaques muqueuses de la bouche et du pharynx. Le laps de temps écoulé depuis le moment de l'infection était généralement de 12, 16, 20 semaines, et de 5 à 6 mois, les derniers cas étant des récidives.

Dans quatre autres cas, les auteurs trouvèrent des ulcérations superficielles des cordes vocales et entre les cartilages aryténoïdiens; une fois l'ulcération de la corde vocale était accompagnée d'un gonflement œdémateux considérable des aryténoïdes.

Les deux auteurs regardent ces ulcérations comme le résultat de régression des plaques muqueuses.

A la fin vient la communication de trois cas différents, dont un concerne des ulcères profonds des deux processus vocaux, le second probablement une papule (syphilitique) sur le cartilage aryténoïdien droit, le troisième une infiltration de la corde vocale droite, augmentant du triple le volume de la dernière, et un gonflement arrondi, de la grandeur d'une lentille, situé en arrière du processus vocal.

L'augmentation et la diminution de l'infiltration variant avec l'apparition et la disparition des plaques muqueuses de la bouche, expliqua assez clairement l'origine syphilitique de l'affection. On ne trouva dans toute cette série de malades aucune excroissance du larynx ressemblant aux condylomes pointus, qui sont du reste très rares. (*Allgem. Wien. medizin. Zeitg.*, nos 22 et 23, 1883.)

L. B.

L'anesthésie du larynx par la méthode de Türok-Schrötter; par le Dr PAULSER, de Kiel. — L'emploi du tannin, de l'acide phénique, du bromure de potassium avec ou sans morphine, les injections de morphine au point d'entrée du nerf laryngé supérieur dans le larynx, etc., ne donnent pour l'anesthésie du larynx que des résultats fort peu constants. Le procédé de Schrötter est facile et sans danger, à condition que l'on fasse surveiller le malade par un bon infirmier. Voici la manière dont s'y est pris le Dr Paulser dans un cas de polype laryngien : il commence par faire dans le larynx, au moyen du pinceau et dans l'espace de dix minutes, douze applications de chloroforme pur ; celles-ci provoquèrent naturellement une cuisson fort désagréable (et c'est aussi le revers du procédé). L'inflammation qui en résulte nécessairement est destinée à faciliter l'absorption de la morphine. Paulser applique donc, une heure après le chloroforme, douze fois une solution de chlorhydrate de morphine (0,50 sur 5,0 grammes d'eau), en recommandant au malade de ne rien avaler et en le faisant gargariser après chaque badigeonnage avec une solution de tannin.

Point de mauvaise suite la nuit. Le lendemain (onze heures après), le larynx est complètement insensible pour l'attouchement avec la sonde ; l'ablation de la tumeur et la cautérisation de la plaie n'offrent plus aucune difficulté. L'auteur convient cependant que le procédé est fort désagréable et qu'il n'en faut faire usage que dans les cas de nécessité absolue. (*Monatsschrift für Ohrenheilk.*, n° 11, 1882.)

L. GORIS.

De l'empêchement de la pneumonie « par ingesta » dans les opérations du larynx; par SCHÜLLER. — Après avoir

indiqué les différents moyens d'empêcher la pneumonie secondaire « par ingesta » consécutive aux opérations pratiquées sur le pharynx et le larynx, l'auteur revient sur sa manière de voir dans cette affection. Il croit que cette affection, conformément aux expériences faites sur les animaux, d'après lesquelles elle n'est provoquée que par des aliments, les sécrétions de la plaie, etc., ne survient chez l'homme que quand des substances septiques sont mêlées aux fragments alimentaires, à la salive, aux sécrétions des plaies, etc. Il distingue les affections pulmonaires inflammatoires dites « accidentelles », les « pneumonies septiques » dont l'origine est due à la résorption de matières septiques de plaies. Une troisième forme de l'affection inflammatoire pulmonaire est due aux états inflammatoires qui ont déjà existé avant l'opération, par exemple les bronchites, péri-bronchites, etc.

Basé sur ces idées touchant les causes des pneumonies secondaires survenues à la suite d'opérations pharyngées et laryngées, l'auteur est d'avis qu'il ne suffit pas de régler la position du malade ou de faire le tamponnement de la trachée pour les prévenir, mais qu'il faut avant tout empêcher la décomposition septique des sécrétions. Ce que l'on obtient par le tamponnement de la cavité buccale, par laquelle les voies respiratoires sont mises hors de communication avec la cavité où l'on a opéré. Les rinçages de la bouche avec des liquides antiseptiques, les inhalations qui facilitent l'expectoration des mucosités, l'alimentation du malade au moyen de la sonde œsophagienne, sont autant de moyens auxiliaires. (Communic. faite à la 55e Réunion de naturalistes et médecins allemands à Eischnach, *Centralbl. für Chir.*, nº 12, 1883.)

L. B.

Déviation de la cloison du nez. — Gêne de la respiration; tumeurs adénoïdes du pharynx. —Le Dr Beverley-Robinson vient de présenter à « *The practionner's Society of New-York* » (séance du 5 mai 1883) une jeune femme atteinte d'une telle déviation, vers la gauche, de la cloison du nez, que l'air ne pouvait passer par cette narine. Il existait, en outre, chez elle, une petite tumeur adénoïde du pharynx. La malade était plus sourde du côté droit que du côté gauche, le timbre de la voix n'était pas altéré. D'après l'examen du Dr Sexton,

les oreilles offraient les traces d'une ancienne inflammation survenue très probablement quelques années auparavant à la suite de fièvre typhoïde. (*The New-York med. Rec.*, 20 juillet 1883.)

Observations relatives à la rhinochirurgie *(Neue Beiträge zur Rhinochirurgie);* par Hack (de Fribourg). — L'auteur publie une nouvelle série d'observations qui vient confirmer l'idée déjà émise de pouvoir guérir certaines névroses réflexes par le traitement chirurgical d'affections nasales. *(Voir Revue mensuelle de Laryngol.*, n° 3, 1883.*)*

a. Cauchemar. — Description d'un cas d'accès nocturnes, de spasmes de la glotte et de cauchemars alternants; l'auteur n'y voit que deux degrés différents du même état pathologique : l'un caractérisé par un accès de spasme complet de la glotte, le malade s'éveillant avec la pleine conscience des minutes pénibles qu'il traverse ; l'autre par une simple difficulté de respiration produisant une certaine anxiété, qui se manifeste dans le rêve par un cauchemar. Hack se demande si une gêne de l'expiration ne pourrait pas provoquer des états pareils ? Une série d'observations (sept cas de cauchemar, quatre d'asthme bronchique) où le traitement local chirurgical donna des succès éclatants, lui permet de résoudre cette question par l'affirmative.

Il avoue cependant que le cauchemar est très souvent dû à toute autre cause.

b. Toux. — Tout en admettant, avec Störk, que le repli inter-aryténoïdien est par excellence le point d'où part la toux, et que les accès violents de toux pharyngée sont provoqués par des secrétions pharyngées qui y pénètrent, Hack trouve dans bien des cas un autre mode d'expliquer cette toux. D'après lui l'inflammation de la muqueuse nasale et rétro-nasale, et surtout celle du pharynx, peut produire des accès de toux réflexes, et ceux-ci, de leur côté, par les efforts de la toux, donnent lieu à un gonflement du repli en question. En effet, l'attouchement de la muqueuse pharyngée, surtout en certains points, au moyen de la sonde, provoque parfois instantanément des accès de toux violents; le même fait peut se produire dans les cas d'attouchement rapide au galvano-cautère. Aussi la toux disparaissait-elle aussitôt après

l'opération. Cette envie irrésistible de tousser une fois passée, la secrétion trachéale et bronchique à laquelle on attribue si souvent cette toux diminua rapidement. En somme, on prenait l'effet pour la cause.

c. Migraine. — Communication de quatre cas; les malades en furent débarrassés par la cautérisation au galvanocautère de la muqueuse nasale hypertrophiée formant de véritables tumeurs.

b Névralgie sus-orbitaire — Un cas concernant un fonctionnaire, qui souffrait de « vertige de place » (*Platzschwindel*) qui ne faisait qu'augmenter depuis dix ans, de sorte que le malade n'osait sortir qu'en voiture fermée.

En même temps, coryza généralement sec, parfois coulant, et depuis un an névralgie sus-orbitaire double qui devenait de plus en plus intense et fréquente. Il suffisait à la fin de toucher simplement le front pour la provoquer. La muqueuse du cornet inférieur est hypertrophiée, le cornet moyen changé en tumeur sensible hémisphérique. Trois séances au galvanocautère suffirent pour faire disparaître définitivement la névralgie. Mais, chose curieuse, le « vertige » disparut aussi. Hack regarde cet effet comme purement mental, résultat du succès de l'opération, à laquelle ce malade s'était décidé difficilement, s'étant en quelque sorte fait violence. (*Wien. med. Wochenschr.*, nos 4, 5, 7, 8, etc., et *Centrabl. für. Chir.* n° 25, 1883.)

L. B.

Observation de carcinome primitif du cou; par J. Freuberg. — L'auteur publie un quatrième fait de carcinome profond du cou d'origine bronchique; les trois autres ont été publiés par Volkmann (*Revue mensuelle de laryngol.*, n° 2, 1883, p. 60). L'extirpation ne fut pas possible. Récidive cinq semaines après l'opération. Mort ensuite de pleuro-pneumonie. La tumeur était un carcinome épithélial en voie de métamorphose régressive très prononcée, de même que dans les cas publiés par Volkmann. (*Clinique chirurg. du prof. L. Reyher. Wratsch.*, n° 9, 1883, et *Centrablat. f. Chir.*, n° 27, 1883).

L. B.

Symptômes d'hyperhémie cérébrale produits par un corps étranger dans le conduit auditif. — Le Dr Pasquier, d'Evreux, publie sous ce titre l'observation d'une paysanne âgée d'une cinquantaine d'années, d'aspect robuste, parfaitement réglée, qui vint le consulter au sujet de divers troubles nerveux qu'elle attribuait à son âge. Elle se plaignait de douleurs de tête augmentées par le bruit, la chaleur, la lumière, et par toute espèce de travail. Elle éprouvait en outre des sensations douloureuses dans le front, de l'insomnie, des rêves fatigants, des tintements d'oreille, et enfin des vertiges assez intenses pour l'empêcher de se tenir debout; les pertes d'équilibre étaient accompagnées de nausées, de vomissements et de pertes de connaisssance.

Elle avait éprouvé tous ces derniers symptômes, disait la malade, le jour où un insecte s'était introduit dans son oreille, il y avait environ six semaines. Cet insecte, ajoutait-elle, avait été extrait et du reste elle entendait parfaitement de ce côté. Un confrère, consulté, avait songé tout d'abord à de la congestion cérébrale, diagnostic que semblait confirmer l'état pléthorique de la malade arrivée à l'époque du retour d'âge. Le Dr Pasquier eut l'idée de pratiquer l'examen de l'oreille, et il aperçut, en arrière du marteau, un corps grisâtre allongé, un peu brillant, qui paraissait appliqué sur le tympan et qu'il crut être les élytres d'un insecte. Les injections d'eau tiède n'ayant pu faire sortir le corps étranger, l'auteur l'attira au dehors à l'aide d'une pince et retira de l'oreille non un insecte, mais un grain d'avoine. Inutile d'ajouter que tous les symptômes mentionnés plus haut disparurent après cette extraction. *(Bull. méd. du Nord*, n° 8, août, 1883.)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Pharynx.

Angélot. — Sur une forme clinique de tuberculose dénommée par Isambert « tuberculose miliaire aiguë pharyngo-laryngée » (Thèse, Paris, 31 Juillet 1883).

Cicconardi. — Sur quatre cas de tumeurs pharyngo-laryngées (*Bollet. del. malat., dell'Orech.*, etc., nos 4 et 5, 1883).

Dubrueil. — Tumeur du voile du palais, ligature de la carotide primitive (*Gaz. méd. de Paris*, 11 et 25 Août 1883).

Faysseler. — Étude sur l'angine sèche (Thèse, Paris, 1883).

Lautenbach (Louis). — Abcès latéral du pharynx (*Philadelphia med. Times*, 2 Août 1883, p. 792).

Mulhall. — De l'ulcère syphilitique du pharynx (*The Saint-Louis med. Soc.*, et *Saint-Louis med. and. Surg. journ.*, Juillet 1883, p. 51).

Neé. — Une nouvelle méthode pour nettoyer la voûte pharyngienne (*The Med. Rec. N.-Y.*, 9 Juin 1883).

Oswald Lanne. — Paralysie du voile du palais et du pharynx compliquées de pneumonie probablement de nature diphtéritique, guérison (*The Lancet*, 14 Juillet 1883).

Salomon C. Smith. — Effets de la paralysie du voile du palais sur l'articulation (*Brit. Med. journ.*, 26 Mai 1883).

Van Baun. — De l'hypertrophie des amygdales (*The Hahneman. Monthly*, n° 8, Août 1883).

Nez.

Cornil. — Le Rhinosclérome (*Progr. Méd.*, 28 Juillet 1883).

Delaux. — Contribution à l'étude des sarcomes des fosses nasales (Thèse, Paris, 1er Août 1883).

E. Frankel, de Hambourg. — Contribution à la pathologie du nez (*Virchow's Arch.* 87 Band, p. 298).

A. Hartmann. — Névralgie sus-orbitaire, provoquée par un emphysème des sinus nasaux dû à l'oblitération du conduit nasal médian (*Berl. Klin. Wochensch*, 23, 1882).

G. V. Lubig. — Porte-tampon pour le nez (*Arztl. Intelligenzbl.*, p. 224, 225, 1883).

Paulser, de Kiel, — Recherches expérimentales sur le courant d'air dans la cavité nasale (*Sitzgsber. d. K. Acad. d. Wiss.* 85 Band, 1882, — et *Monatsschr f. Ohrenh.*, n° 6, 1883).

F. Petersen. — De la résection sous-périchondrique de la cloison cartilagineuse du nez (*Berl. Klin. Wochensch*, p. 329-330, 1883).

De Saint-Germain. — Des déviations de la cloison du nez (*Journ. de Méd. et de Chir. prat.*, Juillet 1883).

Larynx.

Ariza. — Tuberculose laryngée hypertrophique (*El Siglo med.*, 29 Avril 1883).

O. Chiari (Vienne). — Sténose du larynx et de la trachée dans un cas de rhisnosclérome (*Wien. med. Jahrbücher*, 1882).

Chiari. — Du lupus du larynx (*Wiener med. Wochenschr.*, n° 19, 1882, et *Monatsschr. f. Ohrenh.* etc., n° 5, 1883).

Fochelson. — Extirpation, suivie de succès, d'un larynx atteint d'un néoplasme malin. Formation de la voix par un larynx artificiel (*Wratsch*, n° 14, 1882).

E. Hagenbach. — Corps étranger du larynx (*Jahrh. f. Kinderheilh.*, Band. 29, p 212-214).

Gordon Holmes. — Étude clinique et pathologique sur la phtisie laryngée (*The Lancet*, 8 et 25 Août 1883).

Gouguenheim. — Des indications de la trachéotomie dans la tuberculose laryngée (*Congrès de Rouen*, 1883).

Gualdi. — De l'aphonie hystérique et sa cure spéciale (*Giorn. di clinic. e thérap. fasc.*, 3 Mars 1883, p. 127).

Hering (Varsovie). — Du procédé technique de la dilatation des sténoses laryngées (*Wien. med. Presse*, n° 28, 1882).

Hunter Mackensie. — De la phtisie laryngée (*Edimb. med. journ.*, Janvier 1883, p. 594).

Kraicz. — Observations relatives à l'œdème aigu du larynx (*Wien. med. Wochenschr.* n° 22, 1882, et *Monatsschr. für Ohrenh.*, n° 5, 1883).

Masini (Origène).— De l'iodoforme dans la phtisie laryngée (*Bolletino delle malatie del Orech. della gola e del naso*, n° 5, Septembre 1883).

Oliver (James). — Fracture du larynx par violence directe (*The Lancet*, 30 Juin 1883).

Simon (Jules). — Du croup, traitement médical et chirurgical; indications et contre-indications (*Gaz. des Hôp.*, 26 Juin 1883).

Sedley Wolferstan. — Corps étrangers du larynx, trachéotomie, guérison (*Brit. med. journ.*, 21 Juillet 1883).

Solis Cohen. — Quelques remarques sur la valeur diagnostique de l'immobilité d'une corde vocale sur l'ankylose de l'articulation crico-aryténoïdienne et l'anévrysme de la crosse de l'aorte (*Americ. Journ. of med. sciences*, Juillet 1883, p. 84).

Sommerbrodt (Breslau). — D'une paralysie traumatique des récurrents (*Berl. Klin. Wochenschr.*, n° 50, 1882).

Strassmann. — Spasmes rares de la glotte (*Clinique médic. de Iéna*, et *Berlin. Klin. Wochenschr.*, n° 46, 1882. *Monatsschr. f. Ohrenheilt.*, n° 5, 1883).

Virchow.— Pachydermie du larynx (*Berl. Klin. Woschenschr.*, p. 321, 1883).

Walter Smith. — Polype de la corde vocale droite (*The Brit. med. journ.*, 30 Juin 1883).

Oreilles.

Burnte. — Traitement de l'inflammation purulente chronique de l'oreille (*The Polyclinic. Philadelphia*, 15 Juillet 1883, n° 1).

Cassels (James Paterson) — Observations cliniques de maladies d'oreille (*Edimb. med. journ.*, Juillet 1883).

Cosano-Rodriguez. — Hygiène de l'oreille (*Anales de Otol. y laryng.*, n° 7, Juillet 1883).

Doran (Alban). — Kyste congénital et fistule de l'oreille externe (*Brit. med. Journ.*, 23 Juin 1883).

Durking. — Lupus vulgaire de l'oreille (*Philadelph. med. Times*, 30 Juin 1883).

Escolano. — Appareil à aspiration (*Anales de otol. y laryng.*, n° 2, 1883).

Field (Georges). — Du traitement de la surdité catarrhale chez l'enfant (*Brit. med. journ.*, 26 Mai 1883).

Ferreri (Ghérardo). — Comment se fait le cathétérisme de la trompe d'Eustache dans la clinique otologique de Rome (*Lo Sperimentale*, fasc. du 7 Juillet 1883).

Frith (Charles). — Etat particulier congénital de l'oreille externe (*Brit. med. journ.* 16 Juin 1883).

Gomez Garran. — Corps étrangers de l'oreille (*Anales de Otol y laryng.*, 2 Février 1883).

Grazzi. — Encore deux mots sur l'audition colorée (*Anales de Otol. y laryng.*, Juillet 1883).

Grazzi. — L'alcool rectifié et le chloral dans le traitement des granulations polypiformes de l'oreille (*Bollet. del malat., dell' orech.*, etc., septembre 1883).

GONZALEZ ALVAREZ. — Polype de l'oreille, opération (*El Siglo med.*, 24 Juin 1883).

HETWETSON. — De la valeur du traitement dans la surdité catarrhale (*Brit. med. journ.*, 26 Mai 1883).

KITCHEN. — Un corps étranger déplaisant dans l'oreille (*The med. Rec* N.-Y., 24 Février 1882, p. 222).

MAC-BRIDE. — Notes sur deux formes peu communes de maladies d'oreille (*Edimb. med. journ.*, Juillet 1883, p. 58).

MASINI (Origène). — La douche nasale d'air comprimé dans l'obstruction des trompes d'Eustàche (*Anales de Otol. y laryng.*, Juillet 1883).

PEDRONO. — De l'audition colorée (*Journ. de Méd. de l'Ouest*, t. XVI, 1882, p. 294, et *London med. Rec.*, 15 Juillet 1883, p. 271).

SOJO. — Traitement des phlegmasies de l'oreille moyenne (*Anales de Otol. y laryng.*, Juin 1883).

SPALDING. — Effet du bruit sur l'oreille saine et sur l'oreille malade (*The med. Rec.* N.-Y., 9 Juin 1883).

SUGNÉ Y MOLIST. — Ancienne otite suppurée (*Anales de Otol. y laryng.*, 7 Juillet 1883).

VILAS VALDOVINOS. — De l'iodoforme dans l'otorrhée (*Anales de Otol. y laryng.*, Juin 1883).

Varia.

BRAUN (H.). — Contribution à l'étude de la strume maligne (*Arch. f. Klin. Chir.* XXVIII, p. 29. 1. *Centralbl. f. med. Wissens Ch.*, n° 25, 1883).

BRESGEN. — Corps étranger rare du larynx occasionnant une dyspnée considérable (*Deutsch. med. Wochenschr.*, n° 44, 1882).

BOUCHUT. — Traitement médical et chirurgical du croup (*Paris méd.*, 25 Août 1883).

DEMME (Bern). — L'emploi prompt et régulier de l'hydrochlorate de pilocarpine dans la diphtérie véritable peut-il enrayer l'extension du processus local et empêcher surtout que l'affection des organes du pharynx se communique au larynx? (*Corr. Bl. f. Schweizer Aerzte*, XII, n° 3, 1882).

FANO. — Sulla respirazione periodica e sulle cause del ritmo respiratorio (*Lo Sperimentale*, n° du 6 Juin 1883).

FINGER. — Des ulcérations tuberculeuses de la muqueuse buccale (*Gesellsch. der Aertz in Wien. medic. Wochenschr.*, n° 2, 1883).

FOLKER. — Un cas de diphtérie, trachéotomie (*Brit. med. Journ.*, 21 Juillet 1883).

FRAENKEL. — De l'emploi de l'iodoforme sur les muqueuses (*Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1882, n° 17).

FRANKEL. — Recherches sur la rhinite chronique atrophique fétide (ozœna simplex) (*Virchow's Archiv.*, Bd. 90, Heft, 3, 1882).

GERNE (Paul). — Diagnostic et traitement des ulcérations de la langue (*Concours méd.*, 2 Juillet 1883).

GUINIER. — De la diversité des doses dans la boisson des eaux sulfureuses de Cauterets (*Revue Mèd. de Toulouse*, 1er Juillet 1883).

GUSSENBAUER. — De l'œsophagotomie combinée (*Zeitschr. für Heilkund.*, Band VI, p. 33. *Centralbl. f. Chir.*, n° 27).

HARRISON. — Un cas de suicide rare par section de la gorge (*Brit. med. Journ.*, 21 Juillet 1883).

HENDRIX. — De la canule à trachéotomie (*The Saint-Louis med. and surg. Journ.*, Juillet 1883, p. 56).

JACUBASCH. — Du traitement local de la diphtérie (*Berl. Klin. Wochenschr.*, n° 22, 1882).

KAUFMANN. — Du traitement de la fistule salvaire (*Deutsche Zeitschr. f. chir.*, 1883. Band 18, Hefs 3 et 4).

KORACH. — Du traitement local de la diphtérie (*D. med Wochenschr.*, 1882, n° 36).

LEGAMY. — Contribution au chapitre des corps étrangers dans les voies respiratoires (*Wien. med. Wochenschr.*, n° 20, 1882).

LAUTENBACH. — Corps étranger supposé être dans les voies aériennes (*Philadelphia med. Times*, 2 Août 1883, p. 793).

LOVE. — De la diphtérie (*The Saint-Louis med. and. surg. Journ.*, Juillet 1883, p. 53).

NATHAN JACOLSON. — Trachéotomie. Rapport sur dix cas avec quelques remarques sur les indications de cette opération (*The Med. Rec. N.-Y.*, 30 Juin 1883).

PAGE. — Rétrécissement de l'œsophage; gastrotomie en deux temps, mort (*The Lancet*, 14 Juillet 1883).

PASQUIER (d'Evreux). — De la glossophytie (*Bullet. méd. du Nord*, 1883.)

DU PÉRIER. — Contribution au diagnostic des ulcérations de la langue (Thèse Paris, 1883).

PETRONE. — Contribution à l'étude expérimentale de l'action de certains médicaments sur la muqueuse respiratoire (*Lo Sperimentale*, n° 6, Juin 1883).

RAYER. — De la langue noire (Thèse Paris, 2 août 1883).

RIEDEL. — Observations relatives aux lésions du nerf vague (*Berl. Klin. Wochenschr.*, p. 343-344, 1883).

SEXTON. — Du mal de tête chez les enfants (*The med.*, *Rec.*, 5 Mai 1883).

STEFFEN. — De quelques accidents rares pendant et après la trachéotomie (*Jahrb. f. Kinderh.*, Band XIX, p. 105-108).

SESEMANN. — Contribution au traitement local de la diphtérie (*St-Petersb. med. W.*, n° 26, 1882).

SEIFERT (O.). — Du traitement de la diphtérie avec le chinolin (*Berl. Klin. Wochenschr.*, n°s 22, 23, 24, 1882).

SOURROUILLE (A.). — Vices de conformation de la bouche chez un nouveau né (*Gaz. des Hôp.*, 4 Août 1883).

VERNEUIL. — Epithélioma de la langue, opération par le procédé Roux-Sédillot (*Gaz. des Hôpitaux*, 5 Juillet 1883).

VIRCHOW (R.). — Des ulcérations catarrhales (*Berl. Klin. Woch.*, n°s 8, 9, 1883, et *Monatschr. f. Ohr.*, n° 6, 1883).

ZIMMERLIN (F.). — Des hémorrhagies après la trachéotomie, à la suite du croup et de la diphtérie (*Jahrb. f. Kinderh.*, Band XIX, p. 39-70).

WALTER SMITH. — Paralysie unilatérale du voile du palais (*Dublin journ. of. med. sc.*, Janvier 1883, p. 89).

ERRATUM

Dans le dernier numéro, p. 278, à l'article du Dr Jokolowski (Deux cas de sténose syphilitique...), à la description du second cas, au lieu de : « l'opération lui fut refusée », lire : « il refusa l'opération ».

Le propriétaire-gérant, Dr E. J. MOURE.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER, rue Cabirol, 16.

4e Année. N° 11. 1er Novembre 1883.

REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

SOMMAIRE. — **Travaux originaux** : Rhumatisme articulaire aigu à début auriculaire, par le Dr Ménière. — Des kystes du larynx, par le Dr Blanc, de Lyon. — De la syphilis de l'oreille, par le Dr J. Baratoux *(suite)*. — **Revue de la Presse.** — **Nouvel éclairage électrique** : Modification du Polyscope de M. Trouvé. — **Congrès international des Sciences médicales** (8e session, Copenhague, 1884) : Programmes provisoires de la section de laryngologie et de la section d'otologie. — **Index Bibliographique** : Larynx, Oreilles, Varia.

TRAVAUX ORIGINAUX

Rhumatisme articulaire aigu à début auriculaire;

par le Dr P. Ménière (1).

Il est fréquent d'observer des affections de l'oreille dans le cours de quelques maladies générales; mais le plus souvent elles sont consécutives.

Le cas dont je viens vous entretenir présente cette particularité, que l'affection de la caisse a précédé de quelques jours l'apparition d'un rhumatisme poli-articulaire.

Je n'ai trouvé le fait mentionné dans aucun des ouvrages classiques de pathologie ou d'otologie.

Voici l'observation qui date de quelques années.

(1) Communication faite à la Société française d'Otologie et de Laryngologie, séance du 19 octobre 1883.

Observation.

Un homme d'une trentaine d'années, de très bonne santé habituelle, sans antécédents connus de diathèse rhumatismale, vint me consulter pour une douleur très violente, dont le siège lui paraissait être le fond de l'oreille droite. Il avait pris froid deux jours avant, et les douleurs remontaient à dix-huit ou vingt heures, avec des rémissions très légères.

A l'examen aucune tuméfaction du conduit auditif externe; mais l'aspect du tympan frappa notre attention. Plus de concavité; la membrane ressemblait à une feuille de zinc, avec une teinte ardoisée, sombre, faisant un contraste singulier avec la blancheur de la peau du conduit; il est utile de noter qu'on ne voyait aucune injection des vaisseaux.

Le caractère lancinant et intermittent de la douleur me fit songer de suite à une otite moyenne au début.

Le malade se mit au lit, et j'instituai le traitement antiphlogistique local et le traitement général approprié.

Le lendemain les douleurs avaient conservé le même caractère; l'examen otoscopique ne montrait aucun changement, soit dans la conformation, soit dans la coloration du tympan.

Je fis continuer le traitement, m'attendant à voir survenir une collection liquide qui souvent perfore spontanément le tympan; j'étais du reste tout prêt à ouvrir une issue au moment favorable.

Le troisième jour, même situation; l'état général semblait moins bon, et je m'étonnais un peu de la marche de cette maladie.

Le quatrième jour enfin, en arrivant le matin, quel ne fut pas mon étonnement en trouvant le malade pris par un rhumatisme articulaire qui avait envahi les épaules et les coudes.

L'état de l'oreille se modifia rapidement à partir de ce moment; les douleurs cessèrent, et il n'y eut ni suppuration, ni surdité.

Réflexions. — Cette observation me paraît curieuse à plus d'un titre. Les symptômes étaient nettement accusés : douleurs violentes, lancinantes, avec exacerbations et rémissions dans le fond de l'oreille; modifications dans la forme et la coloration du tympan, à peu près semblables

à celles qu'on observe dans l'otite muqueuse au début; enfin, la crise de rhumatisme articulaire survenant au quatrième jour.

Cet état singulier m'amène naturellement à parler de la structure de la membrane de la caisse, siège primitif des accidents.

Pour certains auteurs, ce n'est qu'une *muqueuse*; pour d'autres, une *fibro-muqueuse*; M. Sappey l'appelle *membrane*, paraissant ainsi ne pas vouloir se prononcer sur une structure non encore bien définie.

Pour d'autres auteurs, cette membrane tiendrait à la fois de la séreuse et de la muqueuse, sans que toutefois l'histologie ait pu rien démontrer de positif.

Le fait que je viens de relater serait en faveur de cette dernière opinion.

En effet, il ne s'agit pas ici d'une otite moyenne *vraie* que le froid aurait pu déterminer et dont l'évolution n'aurait précédé que de quelques jours l'attaque de rhumatisme.

Ce qu'il m'a été donné d'observer, c'est une poussée congestive, particulière, sans exsudat, poussée qui a disparu rapidement dès que les phénomènes articulaires se sont montrés.

Je suis convaincu que des faits semblables se sont présentés, mais qu'ils ont passé inaperçus.

La semaine dernière, j'ai eu l'occasion de voir, dans le service de M. le professeur Fournier, un jeune homme ayant des douleurs rhumatismales dans les jambes, alternant avec des douleurs dans les oreilles. Au moment de mon examen, le rhumatisme était dans les membres, et je n'ai rien trouvé de particulier du côté du tympan.

Un de nos collègues m'a cité encore un autre cas dans lequel il y eut un gonflement alternatif des apophyses mastoïdes, précédant de quelques jours l'apparition des manifestations rhumatismales articulaires.

J'ai regardé comme utile de communiquer à la Société d'Otologie cette observation intéressante, et d'appeler son attention sur des faits encore mal connus (1).

(1) L'abondance des matières nous oblige à remettre à notre prochain numéro le compte-rendu de la Société Française d'Otologie et de Laryngologie (séance du 19 octobre 1883).

Des kystes du larynx;

Par le Dr Blanc (de Lyon) (1).

Je vous demande la permission de vous communiquer deux observations de kystes du larynx qui me sont personnelles.

Pour ne point abuser des instants que vous m'accordez, je ne recommencerai pas à ce propos l'étude générale de ces tumeurs, étude d'ailleurs très bien faite par notre collègue, M. le Dr Moure, de Bordeaux.

Comme lui et comme le Dr Cervesato, qui s'est aussi particulièrement occupé de cette question, je pense que ce sont des affections rares, moins rares cependant qu'on ne l'a dit; car dans ma clientèle seulement, outre les deux cas que je vais vous communiquer, j'ai eu en 1881 l'occasion d'en rencontrer un troisième chez une paysanne de vingt ans. Elle venait me consulter pour une fatigue de la voix datant de plusieurs mois, et pour des spasmes laryngés très pénibles qui se produisaient depuis quelques jours, lorsqu'elle faisait un effort ou montait un escalier. Elle présentait, sur le bord libre de la corde vocale gauche, une petite tumeur de la grosseur d'un grain de groseille, que je pris pour un polype muqueux et que je fis éclater en introduisant mes pinces dans le larynx, sans avoir eu le temps de la presser.

Cette jeune fille, subitement guérie, me promit de m'apporter quelques détails sur ses antécédents. Mais sa reconnaissance ne dépassa pas la porte de mon cabinet; je ne la revis plus. J'arrive à mes deux observations :

Observation I.

M. le général de D... vient me consulter pour la première fois le 29 novembre 1881. Il souffre depuis longtemps d'une pharyngite glanduleuse et de rhinite catarrhale, pour lesquelles il a consulté plusieurs médecins qui ont cautérisé le pharynx, et ordonné des irrigations nasales avec solutions phéniquées fortes.

A la suite de ces irrigations, il a perdu le goût et l'odorat.

(1) Communication faite à la Société française d'Otologie et de Laryngologie, séance du 19 octobre 1883.

Il est inquiet, et il se préoccupe d'autant plus de son rhume de cerveau, qu'il y rattache d'autres phénomènes morbides qui augmentent de jour en jour.

Depuis plusieurs mois, il se sent faible, sa voix est couverte; maintenant il a de la dyspnée, de la peine à monter à cheval; il éprouve de la fatigue à parler, à donner un commandement; il ressent de violentes douleurs de tête, parfois des vertiges, des étourdissements, de la fièvre, des insomnies; en un mot, il se plaint d'un malaise général qu'il ne peut s'expliquer. Croyant, dans ces conditions de santé, ne plus pouvoir continuer sa carrière militaire, il vient me demander de lui dire franchement s'il ne ferait pas mieux d'y renoncer tout de suite.

Le général a cinquante-sept ans; il est grand, solidement constitué, mais fort amaigri; le sang est porté à la tête, les conjonctives sont très injectées.

L'examen du pharynx et des fosses nasales ne fait que confirmer celui de mes confrères. Impossible d'ailleurs d'apercevoir directement l'épiglotte. Lorsque je porte le miroir du côté du larynx, quel n'est pas mon étonnement de ne trouver, à la place de l'ouverture glottique, qu'une masse énorme, bilobée, de la grosseur d'une noix, aplatie, sillonnée par quelques vaisseaux dilatés, recouvrant, déjetant l'épiglotte à droite et en bas, et laissant, pour le passage de l'air, une fente si étroite, qu'on est surpris que le malade puisse encore respirer.

Lui-même ne peut croire à une tumeur du larynx; il n'a jamais souffert en cet endroit, pas plus pour respirer que pour avaler.

Comme antécédents, il n'a jamais eu de maladies spécifiques; il a longtemps habité l'Afrique et abusé de la cigarette.

La soudure des os du crâne n'a eu lieu chez lui qu'après trois ans. C'est un arthritique.

Le toucher digital, en raison de la conformation de la mâchoire et de la situation profonde du larynx, ne me permet pas d'atteindre la tumeur.

Je peux, trois jours après, avec une pince recourbée, appuyer dessus et constater d'une façon évidente la fluctuation. Je porte alors le diagnostic de kyste et je parle de l'ouvrir.

Toutefois, ne voulant rien laisser à l'imprévu, désirant

surtout qu'il ne restât aucun doute dans l'esprit du général, je demandai une consultation, et il choisit le chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, M. le Dr Daniel Mollière.

Cet excellent et distingué confrère, dont l'esprit honnête, chercheur et indépendant, est toujours prêt à accueillir avec la même satisfaction tout ce qui paraît nouveau dans la science, qu'il s'agisse de médecine générale ou de spécialité, fut fort intéressé par la tumeur que je lui montrai, et, quoi qu'il n'eût jamais eu encore l'occasion de voir un kyste du larynx, il accepta d'autant plus facilement mon diagnostic qu'il put, avec une main plus allongée que la mienne, en faisant mettre le malade à genoux et pencher la tête en avant, sentir assez nettement la fluctuation.

Il s'agissait de choisir le mode opératoire. Je proposai d'ouvrir et du même coup de cautériser le kyste avec le galvano-cautère. Ce moyen, à cause de la profondeur du larynx, me paraissait devoir être le plus facile, le plus prompt et le moins douloureux.

L'opération eut lieu le 20 décembre. J'ouvris les deux lobes du kyste; ses parois étaient épaisses. Elle fut si rapide et si peu sensible que le malade ne se serait pas douté qu'elle fût faite, si, sentant la bouche pleine, il n'eût craché la valeur d'un grand verre à liqueur d'une matière liquide, onctueuse, teintée par un peu de sang et ressemblant assez à du sirop de Flon délayé dans du lait. Malheureusement, il cracha dans un lavabo, avant que nous ayons eu la pensée de l'en empêcher, et nous n'avons pu en recueillir le contenu pour en faire l'examen histologique.

Instantanément, l'épiglotte se redresse et revient à sa situation normale. La glotte, dont auparavant on ne pouvait apercevoir aucune partie, est largement ouverte; les cordes vocales sont saines, à peine un peu hyperhémiées. La voix devient nette, la respiration facile, et alors seulement le général se rend compte qu'il avait une gêne réelle au larynx.

Les maux de tête, les vertiges, les insomnies, dès le jour même, tendent à disparaître. Le malade accuse une sensation de force, de bien-être, qu'il n'a pas éprouvée depuis longtemps et qui lui fait dire que le développement de son kyste doit remonter à plusieurs années.

Pendant les jours qui suivent, l'examen laryngoscopique ne révèle aucune réaction inflammatoire. La poche est revo-

nue sur elle-même et à peine, autour des petites ouvertures faites par le galvano-cautère, aperçoit-on une auréole rougeâtre, nullement douloureuse.

M. le général de D... quitte Lyon en janvier 1882; mais c'est un malade reconnaissant, et, au mois de mai 1883, il revient nous faire constater les heureux résultats de notre intervention.

A cinquante-huit ans passés, en quelques mois, il a engraissé de plus de 10 kilos. Je suis obligé, me dit-il, de renouveler toute ma garde-robe; je me sens fort et rajeuni, et, sans quelques douleurs rhumatismales dont je souffre depuis quelques temps, l'exercice et les fatigues ordinaires de la vie ne seraient plus rien pour moi.

Au mois d'août dernier, il est allé à Cauterets pour sa rhinite catarrhale, et je sais que M. le Dr Jules Bouvyer, qui lui a donné ses soins, n'a pu constater aucune trace de kyste.

C'est donc une guérison assurée, et cette observation vous paraîtra intéressante, je l'espère, à plus d'un titre :

1° A cause de l'âge, les kystes du larynx étant tout à fait exceptionnels après cinquante-cinq ans;

2° A cause du volume énorme de la tumeur à marche probablement lente et continue, ayant amené peu de gêne du côté du larynx, mais des troubles sérieux du côté de l'état général;

3° Enfin, à cause du mode opératoire, qui a été facile, prompt, nullement douloureux et a donné les meilleurs résultats. Ce mode opératoire n'avait pas, que je sache, été employé jusqu'à ce jour pour les kystes du larynx.

Observation II.

Ma seconde observation, dont j'ai vainement cherché, dans les mémoires publiés sur les kystes du larynx, un cas semblable, concerne une jeune fille d'une dizaine d'années, que je vis pour la première fois le 24 janvier 1883.

Sa famille me l'amenait pour une fatigue catarrhale ancienne du larynx et des bronches.

Cette enfant, très bien constituée d'ailleurs, est lymphatique. Les ganglions cervicaux et sous-maxillaires sont prononcés du côté gauche. La voix est faible, rauque, inégale.

Le timbre en est sombré. C'est une voix d'homme plutôt qu'une voix de jeune fille. La respiration est accélérée, un peu sifflante.

Son père me raconte que sa voix n'a jamais été bien naturelle. Lorsqu'elle vint au monde, son premier cri fut bizarre et frappa ceux qui l'entendirent. Quelques mois après sa naissance, elle prit tout à coup des accès de suffocation et on crut la perdre. A ce moment là, on remarqua sur le côté gauche du cou une petite tumeur fluctuante, qui, ouverte, donna issue à une certaine quantité de pus. Dès l'opération la voix et la respiration s'améliorèrent d'une façon sensible, sans jamais devenir complètement satisfaisantes.

L'auscultation ne me révèle rien de particulier, si ce n'est un peu de diminution du murmure vésiculaire et un léger sifflement, qui semble provenir de la partie supérieure de la trachée.

Mais, à l'exploration du larynx, je trouve cet organe déformé, la partie gauche gonflée et cachant l'ouverture glottique. C'est tout ce que je peux voir à ce premier examen, qui est court et difficile. J'avertis la famille et je demande à revoir la malade au plutôt.

Le 13 mars seulement, c'est-à-dire un mois et demi après la première visite, les parents alarmés viennent la confier à mes soins. Le mal s'est aggravé; la respiration devient de jour en jour plus gênée et son entourage s'effraie avec raison d'un cornage prononcé, qui se produit pendant le sommeil.

A cette visite et à la suivante, j'habitue l'enfant à supporter le miroir, et le 19 mars, au quatrième examen, je peux avoir la certitude d'une tumeur du larynx, du volume d'une grosse amande déformée, englobant toute la partie gauche de l'organe, rejetant en haut et à droite l'épiglotte, cachant l'ouverture glottique dans les 4/5 de son étendue et ne laissant apercevoir qu'une petite portion de la partie postérieure de la corde vocale droite. Cette tumeur semble provenir du ventricule de Morgagni, qu'elle aurait refoulé intérieurement et dont je ne peux plus distinguer l'ouverture.

En immobilisant le larynx et en appuyant sur la tumeur avec une baleine recourbée, je sens un faible degré de fluctuation, ressemblant assez à la sensation qu'aurait produite le toucher d'un lipome résistant. Je porte le diagnostic de kyste,

et, vu l'aggravation des symptômes morbides, je propose de l'ouvrir au plus tôt.

Le 30 mars, M. le Dr Daniel Mollière, qui a vu mon premier cas et qui est un ami de la famille, vient examiner avec moi Mlle X... Elle a eu le temps de se familiariser au miroir, et, dans un examen rapide, l'habile chirurgien peut constater l'existence de la tumeur et sa nature fluctuante.

Nous arrêtons de l'ouvrir avec le galvano-cautère. Ce moyen nous paraît ici d'autant plus rationnel, qu'il nous permettra d'agir vite, un peu par surprise, alors qu'avec la dyspnée et l'état nerveux de notre malade il nous serait bien difficile d'introduire sûrement dans son larynx un instrument tranchant. En attendant, nous donnons l'ordre d'avoir en permanence tout ce qui est nécessaire pour faire au besoin la trachéotomie.

Toutefois, la famille, qui est prévenue contre toute intervention intra-laryngée (elle eût, je crois, préféré une laryngotomie externe), est toujours hésitante, et ce n'est qu'après plusieurs consultations, où nos honorés confrères MM. les Drs F. Levrat et Laroyenne ont bien voulu nous aider de leurs conseils, qu'on me permet, le 28 avril, de pratiquer nne ponction exploratrice avec le galvano-cautère.

Il n'y avait du reste plus à reculer. Le cornage de la nuit avait encore augmenté; il était si fort qu'il s'entendait de la porte d'entrée, alors que la chambre de Mlle X... était à l'autre extrémité d'un grand appartement. La pauvre enfant ne dormait plus qu'en s'appuyant en arrière sur les deux bras pour augmenter l'amplitude de la poitrine.

Comme nous l'avions prévu, l'opération se fait facilement et sans douleur. C'est bien un kyste du larynx; mais il ne sort plus, comme dans notre premier cas, un liquide transparent, mucilagineux; c'est une matière épaisse, ressemblant à du mastic, pâteuse, grumeleuse, grise, telle qu'on la rencontre dans les kystes dermoïdes. Il n'en sort qu'une petite quantité; vu sa consistance, l'ouverture n'est point assez large. Il aurait fallu l'agrandir. Malheureusement l'enfant est émue, sa famille non moins qu'elle, et on demande de s'arrêter pour cette fois à cette simple ponction, qui d'ailleurs tranquillise complètement, en édifiant sur la nature du mal. Nous nous contentons donc de faire extérieurement quelques pressions qui probablement font sortir une partie du contenu, qui passe dans le tube digestif.

A peine opérée, la petite malade parle mieux et respire facilement. Le lendemain elle est gaie; elle a passé une bonne nuit.

Quatre jours après, aucune réaction inflammatoire ne s'est produite et le laryngoscope montre que la tumeur a diminué de plus des deux tiers.

Tout allait donc pour le mieux, lorsque le 3 mai la pauvre enfant est reprise tout à coup de malaise, de frisson, de fièvre; la peau est chaude, les amygdales et le pharynx se congestionnent; les ganglions sous-maxillaires s'engorgent, et, sans que la respiration redevienne mauvaise, la voix se perd de nouveau; la muqueuse laryngée est très rouge.

Inquiet et très perplexe, je provoque une nouvelle consultation, et il est décidé que M. Gouilloud, un interne distingué de Lyon, qui s'est joint à nous, et sur la prudence duquel nous pouvons pleinement compter, restera près de la malade. Il a ordre de pratiquer la trachéotomie s'il se produit un accès de suffocation. Il passe près d'elle trois nuits consécutives; la première est fort agitée, la seconde plus calme, et la troisième si tranquille que malade et médecin, succombant au sommeil, la passent tout entière sans se réveiller.

Le 7 mai, l'enfant a repris sa gaîté, et, à part un peu de faiblesse, tous les phénomènes morbides ont disparu.

Que s'était-il passé? L'explication ne se fait pas attendre. Le 8 mai, une de ses jeunes sœurs est prise de scarlatine. Encore sous le coup des émotions des jours passés et pour éviter toute contagion, on se hâte de transporter notre petite opérée chez sa grand'mère. Averti, je me rends près d'elle. J'examine ses mains et je constate un commencement de desquamation qui ne finira que 12 à 15 jours après.

Il n'y avait plus de doute; la première, elle avait eu la scarlatine, qui s'était manifestée sous forme d'angine, et toutes les préoccupations étant portées sur les suites de l'opération, personne n'avait songé à une fièvre éruptive.

C'est ainsi que peu s'en est fallu que cette coïncidence étrange de scarlatine intercurrente n'ait provoqué une trachéotomie inutile et que le galvano-cautère ne soit devenu responsable d'accidents dont il était bien innocent.

Depuis, nous nous sommes demandés ce que serait devenue la malade si elle n'avait pas été opérée avant le début de l'angine scarlatineuse, et nous pensons qu'une suffocation aurait été inévitable.

Pour en finir avec cette observation, je rappelle que je n'ai point pu vider complètement le kyste. Je pense le faire bientôt et sans danger avec le galvano-cautère, que je porterai de nouveau dans la poche, afin d'obtenir sa destruction ou des adhérences complètes.

Le mois dernier, j'ai revu la jeune fille; son état général était excellent, sa respiration parfaite. La voix, bien meilleure du reste, seule laissait encore à désirer. Deviendra-t-elle tout-à-fait naturelle? Il est difficile de le dire, la corde vocale gauche étant atrophiée et le larynx restant encore déformé, par suite de la compression qui existait depuis la naissance. Je songe à faire plus tard quelques électrisations directes.

Quelle est la nature du kyste en question? Je crois, à cause de la consistance et de l'aspect de la matière extraite, que nous sommes en présence d'un kyste dermoïde, et d'un de ces kystes dermoïdes congénitaux de la partie antéro-latérale du cou signalés et décrits par Paget, Follin, Broca, Verneuil, Heurtaux, Cusset et Gironde, qui se sera développé sur le trajet de la troisième fente bronchiale placée en dessous de l'os hyoïde, et se sera fait jour ensuite dans le larynx, en refoulant les muscles et les membranes.

La gêne dans le larynx, manifeste depuis la naissance, l'amélioration subite obtenue après l'ouverture de ce que l'on a appelé un abcès ganglionnaire et qui n'était peut être qu'une partie d'un kyste dermoïde enflammé, bilobé, dont une portion se sera échappée extérieurement et dont l'autre partie sera restée emprisonnée du côté du larynx, la persistance de la gêne du côté de cet organe, son aggravation, tout nous fait penser que c'est bien là un kyste branchial, congénital.

On pourrait rapprocher de ce cas celui que M. le Dr Daniel Mollière a observé dans son service de l'Hôtel Dieu. Ayant remarqué chez une jeune fille une sécrétion persistante à l'ouverture d'un de ces kystes dermoïdes du cou, il introduisit un crin de cheval dans cette ouverture, et à son grand étonnement il le vit sortir par la bouche en contournant l'épiglotte.

De la Syphilis de l'oreille (*Suite*) (1);

par le Dr J. Baratoux.

Cet auteur nous enseigne que la syphilis peut donner lieu soit à l'inflammation, à l'ulcération, et par suite à un polype de la face externe du tympan, soit à un abcès des cellules mastoïdiennes qui ne sera traité avec succès que par l'emploi simultané de la médication générale et locale.

Tel était aussi l'avis de John André (2), qui avait remarqué que quelquefois l'emploi d'une médication convenable destinée à détruire le virus spécifique, n'arrivait pas à produire la guérison; la surdité apparue en même temps que les autres accidents syphilitiques persistait, ainsi que les bruits de cloches et de bourdonnements, symptômes signalés par un certain nombre d'auteurs, comme nous l'avons vu plus haut, ainsi que par Turquetus de Mayence (1650), qui considérait l'ozène, les ulcérations du pharynx, les bourdonnements et la surdité, comme des symptômes très graves de la syphilis.

Saissy ajoute que cette maladie détermine parfois l'épaississement du tympan au point de le rendre cartilagineux et même osseux, et tend à épaissir les humeurs lymphatiques et muqueuses et à les concréter dans la caisse du tambour et dans les cellules mastoïdiennes. Cet auteur croit encore que, dans la syphilis, la surdité est produite par le gonflement squirrheux, l'oblitération, l'ulcération de l'orifice guttural de la trompe, ou encore par l'accumulation d'une matière crayeuse dans l'oreille moyenne.

Quelques années avant lui, Otto (3) avait trouvé une masse gélatineuse assez épaisse dans la caisse du tympan d'une femme syphilitique.

Th. Perrin (4), l'annotateur de Saissy, attribue la

(1) Dans le numéro précédent, lire Plenck au lieu de Pleuck et Trnka au lieu de Truka.

(2) John André, *Sur la gonorrhée vénérienne et sur les maladies vénériennes. Trad. all.* Leipzig, 1781.

(3) Otto, *Handb. der path. Anat. Breslau*, 1814, p. 184.

(4) Th. Perrin, in *Saissy, loc. cit.*, p. 167.

surdité vénérienne soit à une ulcération ayant fermé le tube d'Eustache, soit à une carie du temporal. « La » surdité, dit-il, venant à la suite d'une ancienne affection » syphilitique, dont la marche n'a pas été arrêtée, et qui » ne provient pas d'ulcération qui aurait pu oblitérer la » trompe d'Eustache, a le plus ordinairement pour cause » la carie de la portion mastoïdienne de l'os temporal, » celle des osselets ou de quelque autre portion osseuse » concourant à former les différentes parties de l'oreille » interne, ou bien encore du pus provenant de cette » même carie dont l'épanchement s'est fait dans la caisse » du tambour, quelquefois de ces deux circonstances « réunies. »

Lagneau père (1) attribue aussi cette surdité à l'épanchement dans la caisse du tympan de pus fourni par la carie de l'apophyse voisine mastoïde ou les osselets, au gonflement de la muqueuse de l'oreille moyenne qui rétrécit ainsi cette cavité ou encore aux exostoses ou aux polypes de l'oreille externe.

Dominel et Lepestre (2) observèrent en 1826 un malade atteint de surdité à la suite d'un ulcère syphilitique du pharynx.

Deux ans après, Rennes (3) publiait, dans le même recueil, un cas de déviation de la marche de même nature, due, croyons-nous, à une lésion des canaux semi-circulaires ou à la branche nerveuse qui s'y distribue.

Lallemand (4) obtient deux guérisons de surdité, chez un médecin et un officier d'infanterie, par un traitement antivénérien administré contre de nouveaux symptômes syphilitiques développés successivement sous les formes les plus insidieuses.

En 1834, Démétrius Dallas (5), quoique n'ayant jamais constaté aucun fait d'otite syphilitique, signale cependant, d'après les indications de M. Lallemand, que la maladie

(1) Lagneau père, *Traité pratique des maladies syphilitiques*. Paris, 1828, t. I, p. 436, 6e édition.

(2) Dominel et Lepestre, *Arch. gén. de Méd.*, 1830, mars, t. XXII, p. 338.

(3) Rennes, *Arch. gén. de Méd.*, 1832, février, t. XXVIII, p. 202.

(4) Lallemand, *Recherches anatomo-pathol. sur l'encephale*. Paris, 1834, t. III, 7e lettre.

(5) Démétrius Dallas, *Essai sur l'otite*. Paris et Montpellier, 1834, p. 17, 2e édition.

vénérienne peut déterminer « une otite par la suppression d'une blennorrhagie vénérienne ou par l'infection générale de l'économie ».

Vering (1) dit avoir vu des cas d'otite interne (moyenne) due à la syphilis.

Kramer (2) admet que cette diathèse prédispose à la forme chronique de l'inflammation profonde de la caisse; mais il rejette son influence sur la carie de la portion osseuse du conduit, car il n'a jamais observé des faits de ce genre.

L'année suivante, ce livre fut traduit en anglais par le Dr Bennett, qui y ajouta une observation que lui avait communiquée Ebenezer Smith. Il s'agissait d'un malade dont les ulcérations du conduit, l'otorrhée et la surdité, guérirent par un traitement mercuriel.

Au même moment, Lincke (3) mentionnait des exostoses de l'enclume chez une « Venus vulgivaga ».

En 1838, Deleau jeune (4) consacre dans ses recherches sur les maladies de l'oreille trois pages aux phlegmasies vénériennes. « Après la guérison de ces phlegmasies » spéciales opérées par le mercure, dit-il, le pavillon de » la tempe, non-seulement reste fermé, mais il oppose » souvent un obstacle invisible à l'introduction de la » sonde; et si on parvient à vaincre la résistance, il est » assez ordinaire de voir la surdité persister, ou du moins » ne céder que peu, malgré le rétablissement de la circu» lation de l'air dans l'oreille moyenne. » Cependant, l'auteur aurait obtenu un heureux résultat dans un cas sur trois, qu'il cite à l'appui de ses idées.

Comme Deleau (5), Bérard croit que la trompe peut être détruite par le voisinage d'un ulcère syphilitique, d'où occlusion organique de ce conduit. Plus loin, il note que

(1) Jos. von Vering, *Aphorismen uber Ohrenkranheiten,* 1834, p. 16, 22 et 34.

(2) Kramer, *Lehrbuch der Ohrenheilkunde.* Leipzig. 1836.

(3) C. G. Lincke, *Handb. der theoret. und prat. Ohr.* Leipzig, 1837, theil II, p. 395.

(4) Deleau jeune, *Recherches pratiques sur les maladies de l'oreille et sur le développement de l'ouïe et de la parole chez les sourds-muets,* 1re partie, 1838, ch. II : *Phlegmasies vénériennes,* p. 67, obs. 12, 13, 14, et p. 111, obs. 37.

(5) Bérard, art. *Maladies de l'oreille* du *Dict. de Médecine,* 2e édition, t. XXII, p. 385 et 387.

« l'abcès profond mastoïdien suppose presque toujours
» une carie ou une nécrose superficielle de la partie
» mastoïdienne du temporal, et ces altérations naissent
» sous l'influence d'un état rhumatismal ou scrofuleux,
» plus souvent encore du vice vénérien, comme l'a
» indiqué J.-L. Petit ».

Gibert (1) a rapporté des exemples de surdité syphilitique et de vertige de même nature.

Baumès (2) signale l'existence d'écoulement purulent et de végétations molles, fongueuses, pédiculées, dans le conduit auditif externe; il parle aussi de l'ulcération syphilitique de l'amygdale qui, s'étendant dans tous les sens, envahit les parties environnantes, atteint parfois l'orifice de la trompe d'Eustache et cause la surdité ou l'altération de l'ouïe du côté affecté bien plus souvent que ne le font les autres ulcérations.

L'année suivante paraît dans les *Archives de Médecine* une observation de syphilis avec otorrhée et abcès mastoïdien (3). Puis Diday (4) constate la coïncidence de la surdité et de l'hémiplégie faciale chez un malade que M. Ricord a traité pour une syphilis constitutionnelle.

Dieterich (5) ne croit pas que l'on puisse distinguer l'otite des syphilitiques de celle des rhumatisants. Dans ce cas, il fait usage de calomel suivant la méthode de Peyer, car ce médicament agit et sur l'intestin et sur le foie, qui a des relations sympathiques bien connues avec l'oreille.

Cazenave observe de l'otalgie dans la syphilis tertiaire du pharynx.

Dans un cas rapporté par Courty (6), chef de clinique de Lallemand, cette diathèse avait déterminé de la surdité avec carie du rocher.

En 1845, J. Rauch (7) publie un exemple de paralysie

(1) Gibert, *Névroses. Revue médicale*, mars 1840, t. I, p. 327.

(2) Baumès, *Précis sur les maladies vénériennes*, Paris, Lyon, 1840, 2e partie, p. 439 et 453.

(3) Bright, James Bruce, *Arch. gén. de méd.*, 1841, 3e série, t. XI, p. 82.

(4) Diday, *Gaz. méd. de Paris*, 1842, p. 834.

(5) Dieterich, *Die Krankcheits familie Syphilis*. Landshut, 1842, p. 197, 198, 384.

(6) Courty, *Clinique de Montpellier*, 1844, 1er février.

(7) Joseph Rauch, de Graetz, *Œsterreichische medic. Wochensch. Wien*, 29 mars 1845, n° 13, p. 384.

générale de nature spécifique avec troubles de l'ouïe qui finit par être abolie.

La même année, Davasse et Deville (1) énumèrent l'ordre de fréquence du siège des plaques muqueuses. Ils notent leur présence au pourtour des oreilles, comme l'un des plus rares lieux d'élection. En effet, sur 186 femmes ils n'ont trouvé que deux cas de plaques aux oreilles. Avant eux, Bassereau, sur une statistique de 130 sujets du sexe masculin, n'en avait constaté aucun cas. Pour Davasse et Deville, c'est en arrière de la conque ou en avant du lobule, parfois dans le conduit auditif externe, qu'on les trouve. Elles ont les caractères ordinaires de la plaque muqueuse des autres parties du corps.

Davasse rapporte encore une observation de paralysie faciale droite de nature spécifique, avec ouïe dure du même côté, et un cas d'épilepsie avec altération de l'ouïe et de l'odorat coïncidant avec des lésions profondes syphilitiques du pharynx et du palais (2).

Dans son *Traité des maladies de l'oreille*, Hubert-Valleroux dit que « les dartres et autres affections cutanées de » nature contagieuse, dans le cas même où elles siègent » dans les régions éloignées de l'organe auditif, sont » souvent suivies de l'invasion de la cophose (3) ». Parlant du rétrécissement et de l'oblitération du conduit auditif interne (trompe d'Eustache), il raconte que Valsalva découvrit l'usage des conduits gutturaux de l'oreille en soignant un seigneur Polonais atteint d'une ulcération spécifique de la gorge. « Chaque fois qu'il appliquait » une petite tente sur l'orifice du pavillon, le malade » devenait sourd, et il recouvrait l'ouïe aussitôt qu'on » avait extrait le corps étranger. »

Hubert-Valleroux croit que les polypes n'apparaissent que chez les individus « vivant sous l'influence » d'une idiosyncrasie scrofuleuse ou syphilitique ». Cet auteur

(1) Davasse et Deville, *Études cliniques sur les maladies vénériennes : Des plaques muqueuses*. (*Arch. gén. de Médecine*, octobre 1845.)

(2) Davasse, in Thèse de Dumoulin, *De la cachexie en général, et de la cachexie syphilitique en particulier*, p. 44 et suivantes. Paris, 1848, n° 225.

(3) Hubert-Valleroux, *Mémoire sur le catarrhe de l'oreille moyenne*, 1845, p. 32 et 42.

Hubert-Valleroux, *Essai thérapeutique sur les maladies de l'oreille*, 1846, p. 50, 101, 282, 314 et 375.

n'admet guère que les diathèses comme cause de la carie du rocher, à part le traumatisme toutefois.

« Si la carie est d'origine syphilitique, dit-il, on observe » tous les soirs une augmentation notable des douleurs. »

Faut-il encore signaler dans cet historique une observation de Briquet (1) ayant trait à une femme atteinte de convulsions douloureuses à la face, avec hémiplégie et abolition unilatérale des sens, probablement dues à une tumeur syphilitique dont la guérison fut obtenue par le traitement ioduré.

Franck avait déjà rapporté, d'après Bayle (2), un exemple remarquable de guérison par le mercure d'une surdité due à une lésion labyrinthique avec symptômes cérébraux.

Rayer (3) a cité un cas avec autopsie de tumeur lardacée qui survint dans la fosse du rocher droit d'un syphilitique à la période tertiaire; cette tumeur avait déterminé des vertiges et de la surdité. Dans un autre fait du même auteur, il se manifesta une douleur sourde dans l'oreille gauche avec paralysie des nerfs moteurs, chez un malade dont les accidents primitifs remontaient à quatre ans.

Dans la traduction française du Traité de Kramer (4), P. Ménière y dit que la diathèse strumeuse prédispose les jeunes sujets aux suppurations profondes de l'oreille. « Peut-on en dire autant de la diathèse syphilitique? J'ai » souvent parcouru les salles de l'hôpital des vénériens » de Paris, et je n'y ai jamais rencontré de maladies » d'oreilles. Rien n'est plus rare qu'une otite interne » dépendant de cette cause. Les affections ulcéreuses de la » gorge et du nez donnent lieu, quelquefois, à des lésions » de la trompe; mais ces cas sont rares, proportionnelle- » ment, et je pourrais joindre à cette assertion le témoi- » gnage des médecins de Paris qûe leur position met à » même de voir une immense quantité de maladies » syphilitiques. »

(1) Briquet, *Annales de thérapeutique de Rognetta*, avril 1847, p. 12.

(2) Bayle, *De la syphilis cérébrale ou méningienne*. (*Annales de thérap. et toxicologie de Rognetta*, tome V, décembre 1847, p. 338.)

(3) Rayer, in Thèse de Badin Hurtebise, *Sur la paralysie du nerf moteur oculaire externe*. Paris, 29 février 1849, n° 25, p. 17 et 22.

(4) Kramer, *Traité des maladies de l'oreille*. Trad. fr. par P. Ménière, 1848, p. 289, note du traducteur.

Peu après paraissait dans l'*Union Médicale* (1) une observation de paralysie faciale spécifique précédée d'une sensation désagréable de l'oreille et suivie d'insensibilité du conduit auditif externe.

La même année, le professeur Schutzemberger (2) rapportait un cas de surdité et de bourdonnement chez une femme ayant eu des accidents primitifs vingt ans auparavant.

Wylde (3) signale la fréquence de la myringite syphilitique, spécialement chez les personnes lymphatiques, à peau blanche, aux yeux bleus qui ont déjà eu des ulcères des parties génitales.

La maladie vénérienne peut amener la paralysie du nerf auditif, dit M. Bedel dans sa thèse inaugurale (4). « Elle débute par une ostéite ou une carie de l'apophyse » mastoïde, s'étendant, par proximité, au rocher. M. Mé- » nière, dans la séance de la Société de Médecine du » onzième arrondissement, du 1er juin 1844, en cite plu- » sieurs cas, dont quelques-uns étaient remarquables par » un épaississement notable de périchondre de l'oreille. » Dans quelques cas aussi, le temporal d'un côté lui a » paru épaissi et hypertrophié. »

A propos d'une discussion académique au sujet d'une communication de M. Landouzi (5) que M. Constantin Herrenschneider (6) résume en disant que « l'exaltation » de l'ouïe du côté paralysé est un symptôme presque » constant de l'hémiplégie faciale, indépendante de toute » affection cérébrale; qu'elle doit être attribuée à la » paralysie du muscle interne du marteau », muscle animé par le petit nerf pétreux superficiel venant du facial, M. Ricord (7) annonce à l'Académie de Médecine qu'il avait eu souvent l'occasion d'observer la paralysie faciale chez des vénériens, chez qui elle est très connue;

(1) M. F. A..., *Union Médicale*, 1850, janvier 12 et 15, p. 21 et 25.

(2) Schutzemberger, *Gazette méd. de Strasbourg*, 20 juillet 1850, p. 200 et 202.

(3) Wylde, *Archives générales de Médecine*, 1851.

(4) Bedel, *De la syphilis cérébrale*. Thèse de Strasbourg, 1851, p. 36.

(5) Landouzi, *Mém. de l'Acad. des Sciences*, 1850, janvier.

(6) Herrenschneider, *Paralysie faciale*. Thèse Strasbourg, 1851.

(7) Ricord, *Gaz. Méd.*, 1851, p. 75. Compte-rendu de la séance de l'Acad. de Méd. du 27 janvier 1851.

mais qu'il n'en avait jamais eu un seul accusant l'exaltation de l'ouïe. Au contraire, chez plusieurs, il a constaté de la surdité, ainsi que l'altération particulière du goût. La même année (1), cet auteur citait deux cas de surdité due à un gonflement de l'arrière-gorge ayant obstrué la trompe d'Eustache et un troisième cas de tintements d'oreilles de nature syphilitique.

Peu après paraissait, dans le journal de Lucas-Championnière (2), une observation d'un malade de Sandras qui paraissait avoir eu une exostose syphilitique du rocher du côté droit.

Deval (3) rapporte aussi une guérison de surdité chez une syphilitique.

Davaine (4) raconte qu'un malade ayant eu un chancre il y a huit ans, fut pris de douleurs aiguës dans l'oreille droite, puis de paralysie de la face du même côté. « L'ouïe, normale à gauche, est très dure de l'oreille droite; le mouvement d'une montre, à un centimètre de cette oreille, n'est point perçu. Néanmoins, les sons forts ou aigus l'impressionnent douloureusement; les sensations auditives sont plus longues et plus persistantes. »

Melchior Robert (5) observe un malade qui, à la suite d'un chancre, présenta, quelques années après, des phénomènes d'aliénation mentale avec mal de tête au dessus de la région pariétale gauche et semi-surdité de l'oreille du même côté, symptômes qui augmentaient d'intensité la nuit. Il y a trois ans, il avait déjà eu de la surdité qui reparut quelques mois avant l'aliénation mentale. Robert diagnostiqua un gonflement partiel de la table interne du temporal et prescrivit un traitement ioduré. Au bout de quatre jours, la surdité et la douleur de tête avaient diminué.

L'année suivante, Gamberini (6) indique les fongosités

(1) Ricord, *Clinique iconographique de l'hôpital des vénériens*. Paris, 1851, pl. XXXIV, obs. et fig. 3, obs. et fig. 2, et pl. XXXIX.

(2) Lucas-Championnière. *Jour. de Méd. et de Chirurg. pratiques*. Paris, 1851, p. 338.

(3) Deval, *Traité d'amaurose*. Paris, 1851, p. 215.

(4) Davaine, *Mémoire sur la paralysie générale ou partielle des deux nerfs de la septième paire*. In *Comptes-rendus et Mémoires de la Société de Biologie*, t. IV, 1re série, mars 1852, p. 169. Paris, 1853.

(5) Melchior Robert, *Traité des maladies vénériennes*. Paris, 1853, p. 385.

(6) Gamberini, *Trattato delle malattie veneree*. Bologna, 1854, t. I, p. 359.

sanguinolentes développées dans le conduit auditif et sur la membrane du tympan comme accidents syphilitiques.

Yvaren (1) publie l'observation d'une femme qui, ayant contracté la syphilis vers l'âge de seize ans, et ayant ensuite perdu cinq enfants morts-nés ou âgés de quelques mois, fut prise, à l'âge de trente ans, de douleurs à l'apophyse mastoïde, au-dessous de l'oreille, à la tempe et au-devant du pavillon auriculaire du côté droit, peu après douleur et ganglions au-devant de l'oreille gauche. Ces symptômes disparurent à la suite d'un traitement ioduré.

A. von Graefe (2) note aussi les bourdonnements continuels de l'oreille dans la maladie vénérienne, bourdonnements qui guérirent par l'emploi de l'iodure de potassium.

Roquette, de Nantes (3), a vu un cas analogue, terminé également par la guérison, sous l'influence du même traitement. Il s'agissait d'un capitaine au cabotage qui avait une paralysie faciale due soit à une persistance ou à une exostose syphilitique enchâssée dans le canal osseux qui parcourt le facial.

A l'autopsie d'une fille de vingt ans ayant succombé à des accidents cerébraux spécifiques, et ayant présenté dans le cours de sa maladie des vertiges et des bourdonnements, Faurès (4) trouva des granulations du quatrième ventricule. Ces végétations présentaient la plus grande analogie avec le tissu érectile.

Sandras (5) décrit un cas d'altération des organes des sens, particulièrement de l'ouïe, avec vertiges et hémiplégie, chez un homme qui avait contracté la syphilis dans sa jeunesse, à la suite d'un traitement spécifique. Tous ces symptômes s'amendèrent.

Paraît alors le *Traité des maladies vénériennes* de Vidal (6). Après avoir dit que les pustules muqueuses se

(1) Yvaren, *Métamorphoses de la syphilis*, 1854, p. 158.

(2) A. von Graefe, *Arch. für. ophth* Berlin, 1854, b. I, abt. II, p. 313.

(3) Ch. Roquette, de Nantes, *Union médicale*, 22 août 1854, p. 411.

(4) Faurès, *De l'affection syphilitique du cerveau. Gazette médicale de Toulouse*, 1854, p. 265.

(5) Sandras *Gazette des hôpitaux*, 1854, 30 décembre.

(6) A. Vidal (de Cassis), *Traité des maladies vénériennes*, 2e édit. Paris, 1855, p. 277, 428, 439, 505 et 526.

rencontrent aux oreilles « à l'union de la conque avec la région mastoïdienne, autour du conduit auditif » et dans le conduit lui-même, cet auteur consacre un paragraphe à l'étude de la muqueuse de l'oreille.

Il y rappelle l'observation d'un malade qui avait des pustules muqueuses dans les deux conduits ; « d'un côté, » dit-il, on voyait la plaque s'élever et un léger suinte- » ment ; de l'autre côté, à gauche, le conduit auditif était » exubéré, d'un rouge obscur brun, et il se faisait un » véritable écoulement par cette oreille. L'audition » n'était en rien altérée », contrairement à l'opinion de la plupart des auteurs, de Baumès entre autres. Il a vu des « écoulements jaunâtres verdâtres », comme les avait déjà signalés le médecin de Lyon ; mais il ne croit pas, comme celui-ci, que ce sont les végétations molles, fongueuses, pédiculées, qui les produisent, mais bien des plaques muqueuses. Ces plaques cédaient aux soins de propreté (lotions avec eau blanche, avec eau chlorurée étendue) combinés avec le traitement interne de pilules de protoiodure de mercure.

Pour Vidal, seules les ulcérations profondes du pharynx déterminent l'obstruction de la trompe, d'où surdité plus ou moins complète. Plus loin, il cite un cas de méningite avec exaltation considérable de l'ouïe; enfin, dans un chapitre spécialement consacré aux maladies vénériennes des nouveau-nés, il s'exprime ainsi : « Le conduit auditif » externe, le pavillon de l'oreille, sont quelquefois le siège » de la même sécrétion purulente (comme dans le coryza). » Toutes les fois qu'il s'agit d'un enfant nouveau-né de » parents vénériens, on devra explorer le pavillon de » l'oreille et le conduit auditif, attendu que ces parties » sont quelquefois le siège d'excoriations. J'ai observé » dernièrement un nouveau-né appartenant à une famille » dont le père avait eu plusieurs gonorrhées. Cet enfant » n'a offert pendant deux mois qu'une rougeur cuivrée » du conduit auditif. Après ce temps, il survint des » pustules à l'anus et aux parties génitales. »

Si je rapporte textuellement les paroles même de Vidal, c'est que je veux faire ressortir qu'il est le premier auteur signalant les affections syphilitiques de l'oreille dues à l'hérédité, et, dans le chapitre des maladies véné-

riennes des nouveau-nés, cet auteur dit « qu'il ne sera pas seulement question des nouveau-nés, mais aussi de celui qui doit naître ».

M. Cadet de Gassicourt (1) recueille à la clinique du professeur Nélaton une observation publiée dans le *Traité* de Vidal.

Il s'agit d'un homme de vingt-cinq ans qui avait une céphalée intense du côté gauche avec exacerbations nocturnes. « Cette céphalée se juge alors par une otorrhée » gauche, indolente, purulente, qui persiste quinze jours » et cède sans traitement. Le malade entend depuis cette » époque moins bien de ce côté. Depuis la même époque, » il est sujet de loin en loin à des étourdissements; il ne » sait plus où il est, sa vue s'obscurcit, les oreilles lui » bourdonnent, les objets extérieurs tournent autour de » lui, il chancelle, il tomberait s'il ne se hâtait de saisir » quelque appui. Cela dure cinq ou six secondes, et n'a » pas d'autres suites. » Deux ans plus tard, pustules d'ecthyma, ulcérations, et en 1854, hémiplégie, iritis. Il entre alors dans le service de M. Nélaton, qui le soumet avec succès au traitement ioduré.

Rau (2), comme Kramer, croit que la syphilis n'est jamais, ou du moins que très rarement, une cause directe de maladie d'oreille. Jamais elle n'attaque l'oreille, dit-il; elle n'y vient qu'indirectement, à la suite d'une affection inflammatoire de la gorge. *(A suivre.)*

(1) Vidal (de Cassis), *loc. cit.*, p. 501.
(2) Rau, *Lehrb. der Ohrnh.* Berlin, 1856, p. 66 et 90.

Revue de la Presse

Le larynx et le pharynx du sourd-muet; par M. Marius Dupont. — Il s'agit de quelques notes recueillies par cet auteur à l'Institution nationale des Sourds-Muets de Paris, où M. Krishaber fit porter ses investigations sur une dizaine d'élèves. Il y eut parmi eux de bonnes et de mauvaises voix, des enfants ayant ou n'ayant pas parlé, ayant ou n'ayant pas

entendu. M. Krishaber constata un renversement en arrière de l'épiglotte, qui recouvrait presque entièrement le vestibule. En outre, la plupart avaient les amygdales hypertrophiées.

Une chose également fut frappante, c'est la tolérance des élèves en présence des investigations laryngoscopiques. Ne serait-elle pas due : 1° à la perversion générale de la sensibilité chez le sourd; 2° à l'emploi fréquent de la spatule et du doigt dans l'enseignement de l'articulation?

Chez aucun des sujets examinés, il n'existait d'inflammation des bandes ventriculaires. On ne saurait donc attribuer à un état particulier de celles-ci la voix rauque qui est le propre du sourd-muet. Peut-être, d'après Krishaber, serait-il plus juste de mettre ce trouble sur le compte des mucosités accumulées dans les ventricules. Mais il peut s'expliquer autrement. Chez l'entendant qui a pour régulateur l'oreille, les tensions et les contractions de la corde vocale sont variables à l'infini; tandis que chez le sourd l'acte de la phonation est plus automatique, moins volontaire. Manquant de base et de régulateur, le sourd émet quantité d'harmoniques en disproportion avec le son fondamental; il se forme des *battements*, c'est-à-dire plutôt un bruit qu'un son de valeur musicale. Selon le même auteur, dans le chuchotement les cordes vocales sont rapprochées et non ouvertes, comme on l'a prétendu.

Du chuchotement, M. Krishaber rapproche la *mussitation* dont il a observé un cas. Ici, les lèvres font office de glotte et le sujet produit des sons par une série d'explosions labiales qui, avec le concours de la langue, forment les consonnes, tandis que les voyelles sont produites, dans la cavité buccale elle-même, par un mécanisme exécuté au moyen de la langue, du voile du palais et des parois mêmes des joues.

Enfin, dans la voix de fausset, la glotte supérieure est complètement effacée, tandis que les rubans vocaux, entièrement rapprochés au moment de l'attaque, forment, à mesure que la gamme descend, une ouverture elliptique. (*Ann. des mal. de l'oreille*, mai 1883.)

Deux cas de polypes des fosses nasales (adhérence entre le cornet moyen et la cloison). Un cas de pseudo-polype; par le Dr Jacquemart. — Si M. Jacquemart publie ces observations, c'est qu'elles sont vraiment extraordinaires, l'une

par l'abondance des produits néoplasiques dont l'extraction ne nécessita pas moins de quinze séances, l'autre par les difficultés qu'il eut à les extraire. Dans ce dernier cas, en effet, il existait une adhérence considérable réunissant le cornet moyen à la cloison, adhérence qui dut être préalablement détruite par l'anse galvanique. De plus, les fosses nasales étaient d'une étroitesse rare, ce qui, étant donné l'insertion des polypes à la partie supérieure, ne faisait qu'accroître les difficultés. Elles furent néanmoins surmontées, grâce à la modification apportée par l'auteur au polypotome de Wilde, modification qui consiste dans la substitution d'une tige flexible à la tige rigide.

Le cas de pseudo-polype est celui d'un garçon de douze ans qui avait, dans les deux fosses nasales, une tumeur assez volumineuse, à implantation pédiculée et siégeant sur le cornet inférieur. Ces tumeurs avaient été prises pour des polypes dont elles avaient, il faut bien le dire, toute l'apparence : masse pédiculée, boursouflée, saignant au moindre contact. L'ignipuncture fut le mode de traitement. (*Ann. des mal. de l'oreille*, mai 1883.)

Du muguet de la gorge dans la fièvre typhoïde; par M. Duguet, agrégé à la Faculté de Paris. — M. Duguet a observé cinq nouveaux cas de muguet survenu dans le cours de la fièvre typhoïde et offrant comme particularités : d'occuper tout d'abord l'isthme du gosier et principalement le voile du palais, les piliers ou la luette; d'y récidiver avec une certaine ténacité; de s'étendre à la base de la langue; de chercher à gagner tout cet organe et les joues par l'espace intermaxillaire; en un mot, de marcher de l'isthme du gosier où il domine vers la cavité buccale où il demeure accessoire. Telle n'est pas la marche habituelle du muguet, du moins celle que l'on connaissait jusqu'ici, et d'après laquelle le muguet commence à se développer dans la cavité buccale. C'est qu'en effet la description classique, celle qui donne la bouche pour foyer principal, s'applique sans doute plus spécialement au muguet de l'enfance; tandis qu'il faudrait la compléter par la description du muguet qui a pour foyer principal et peut-être pour siège d'élection l'isthme du gosier ou la gorge, et qui s'appliquerait plus particulièrement à l'âge adulte.

De là, la nécessité de visiter avec soin la gorge des typhiques, parce que l'on pourra y découvrir et y combattre avec succès, dès le début, une angine crémeuse, dont la propagation à l'œsophage et à l'estomac pourrait entraîner pendant la maladie, et surtout pendant la convalescence, au point de vue de la nutrition et de la réparation, les conséquences les plus funestes. *(La Thérapeutique contemporaine,* 16 mai 1883.)

De l'œdème des replis aryténo-épiglottiques surtout dans les maladies chroniques du larynx; par le Dr GOUGUENHEIM. — Cet auteur rappelle ses premières recherches et expériences, qui datent de l'année 1878, et qui lui avaient permis d'établir que la théorie donnée par Sestier était erronée. Depuis, il a repris ses recherches à l'Hôpital Bichat, et là encore les cas caractérisés par la dyspnée avec sifflement inspiratoire n'étaient constitués que par des tumeurs intra-laryngiennes, vestibulaires, sus et sous-glottiques, ou des rétrécissements glottiques, par tuméfaction des cordes vocales, par paralysie des dilatateurs ou par spasmes des adducteurs. Jamais, sauf dans un seul cas, qui n'a été qu'une exception apparente, le gonflement des replis ary-épiglottiques liquide ou solide et limité à cette région, n'a produit les symptômes décrits par Sestier. Il ne les a produits ni chez les phtisiques ni chez les syphilitiques, chez lesquels la dyspnée avait une autre origine. Quelques déductions fructueuses pour la pratique découlent des observations qui précèdent.

L'œdème des replis ary-épiglottiques, surtout dans les laryngopathies chroniques, n'est pas toujours accompagné de dyspnée, fait bien connu du reste.

Quand la dysphagie manque, ce qui est rare, cet œdème peut être latent et n'être révélé que par l'examen laryngoscopique.

Le miroir montre que les replis œdématiés ou hypertrophiés ne se rabattent ni se rejoignent au moment de l'inspiration, comme l'avait dit Sestier, sans l'avoir directement constaté; tout au contraire, ils s'écartent à ce moment, suivant en cela, comme à l'état physiologique, les mouvements des cordes vocales au moment de la respiration. Quand on invite les malades à émettre un son, les replis tuméfiés se rapprochent, mais sans provoquer de dyspnée, et ce n'est qu'au cas où ce mouvement se prolonge que les spasmes et, par suite, la dyspnée, se produisent.

Quand les replis sont énormes et tout à fait au contact, ils gardent une immobilité à peu près complète et l'inspiration ne développe point de dyspnée, mais l'émission du son et un examen trop prolongé amènent très rapidement le spasme et la dyspnée, sans toutefois changer visiblement ni déplacer les replis.

Dans le cours d'un cas très prononcé d'œdème des replis, l'examen direct, pratiqué au moment d'un accès de suffocation, permit à M. Gouguenheim de constater que, loin de se rapprocher pendant l'inspiration, les replis s'écartaient au contraire, très légèrement il est vrai; d'où il suit que l'accès de suffocation était provoqué seulement par le spasme des cordes. La théorie de Sestier n'est donc pas fondée, les accès de suffocation et le sifflement inspiratoire n'étant dus, dans ce cas, qu'à un spasme intercurrent, soit d'origine réflexe, soit par compression des récurrents.

La découverte des masses aryténo-épiglottiques sans dyspnée concomitante n'est donc pas une indication à la trachéotomie. De plus, il ne faut, dans un but thérapeutique, toucher ces masses qu'avec circonspection, si on ne veut pas provoquer un spasme redoutable. Celui-ci n'exige pas toujours l'ouverture de la trachée, car on l'a vu souvent disparaître assez rapidement par le fait d'une médication externe ou interne.

Enfin, quand on est en présence des signes de la suffocation laryngienne, qu'on attribue presque toujours à l'existence d'un œdème des replis, il faut, et c'est le plus souvent possible, pratiquer l'examen laryngoscopique, car cet examen peut dévoiler l'existence de lésions sous-glottiques qui peuvent influer sur le mode opératoire. (*Ann. des mal. de l'oreille*, juillet 1883.)

Trois faits d'œdème de la glotte, deux dans le cours d'une phtisie aiguë et un dans celui d'une phtisie chronique; par le Dr Gouguenheim. — L'intérêt des deux premiers faits est dans l'absence complète de dyspnée laryngienne, malgré l'existence d'un œdème sérieux des replis, mais limité à cette région. Une autre particularité du second cas est dans l'existence d'un signe laryngoscopique, symptomatique d'une altération des cartilages aryténoïdes; ce signe est la paralysie des cordes vocales, signe analogue à ce qui se passe quand les deux récurrents sont coupés ou comprimés.

Le troisième fait, enfin, tout en prouvant l'absence de dyspnée laryngienne, semble montrer aussi l'origine possible et fréquente des accès de suffocation dans l'existence de gros ganglions sous-laryngiens, sur lesquels M. Gouguenheim a déjà attiré l'attention. (*Ann. des mal. de l'oreille*, juillet 1883.)

De l'adénome du voile du palais. — L'adénome du voile du palais est assez rare. Le Dr Mormiche en a rassemblé neuf observations, et, d'après lui, cette lésion occupe ordinairement le voile, quelquefois la voûte et le voile, exceptionnellement la voûte seule : la tumeur est toujours latérale et ne dépasse jamais la ligne médiane; elle offre la plus grande analogie avec les tumeurs adénoïdes du sein, c'est-à-dire qu'elle peut comprendre des tumeurs de la série conjonctive ou de la série épithéliale, quelquefois des adénomes purs, qui se trouvent comme à cheval sur les deux séries. Ces tumeurs sont toujours enkystées; elles sont indolentes, ne s'accompagnent jamais d'engorgement, présentent de rares troubles fonctionnels (nasonnement, gêne de la déglutition). Leur marche est toujours très lente; on les distingue facilement des tumeurs malignes par l'ensemble des caractères qui leur sont propres; le pronostic en est bénin; elles pourraient revêtir, comme dans le lipome, un caractère de malignité apparente, c'est à dire récidiver non par repullulation, mais par continuation de la maladie; le traitement à suivre consiste dans une incision suivie de l'énucléation, toujours facile à cause de l'enkystement.

Le traitement consécutif est des plus simples : la réunion immédiate, ou encore la réunion secondaire avec pansement au chloral de la cavité, pourront être employées.

Ces réflexions viennent au sujet d'une observation d'adénome du voile du palais communiquée par le Dr Picqué. La tumeur, ayant été énucléée après incision longitudinale, fut envoyée dans le laboratoire de M. Malassez, qui en fit un adéno-sarcome. Mais cette appellation doit éloigner toute idée de sarcome et montrer simplement l'analogie avec cette variété d'adénome du sein dite adéno-sarcome, et qui peut garder pendant longtemps les allures de la tumeur bénigne. (*Paris Médical*, 28 juillet 1883.)

Névroses avec vertiges, folie, délire, paralysie, convulsions épileptiformes, produites par les maladies de l'oreille

interne, chez les enfants; par M. Bouchut. — M. Bouchut avait déjà étudié, sous le nom de « maladie aigue de Ménière », les troubles nerveux, tels que vertiges et nausées, produits par une otite aiguë suivie d'abcès et de perforation du tympan; il complète aujourd'hui son étude par l'exposition de faits analogues observés chez des enfants affectés d'otite chronique.

Aux formes d'accidents nerveux, de vertige labyrinthique et réflexes produits par l'otite interne, il convient désormais d'en ajouter une autre plus rare, mais non moins curieuse. Dans cette nouvelle forme, le trouble fonctionnel porterait non plus sur la faculté d'équilibre des mouvements des membres, ni sur la sensibilité générale, mais sur l'intelligence qui serait, par crises violentes, momentanément et profondément troublée. Ce serait la *folie labyrinthique.* L'auteur en rapporte deux cas qui, traités par les injections de chlorhydrate de morphine, ont été, le premier amélioré, le second entièrement guéri.

Puis viennent un exemple de convulsions, un exemple de vertige avec céphalée et paralysie fugitive générale, un exemple de crise épileptiforme avec folie, un exemple d'hémicrânie terrible sous l'influence d'un corps étranger de l'oreille y ayant séjourné neuf ans, enfin un cas d'accidents nerveux épileptiformes ayant pour point de départ une otorrhée chronique de l'oreille droite.

Par ces faits, on peut voir que, chez les enfants comme chez les adultes, les maladies de l'oreille et les corps étrangers peuvent produire, en dehors des inflammations du cerveau et des méninges, des névroses réflexes de forme variée. Ce sont des vertiges avec titubation ou résolution paralytique passagère des membres, de la céphalalgie opiniâtre, des convulsions, et enfin des attaques de manie aiguë.

Comme on peut être certain que ces accidents ne dépendent pas d'une inflammation des méninges ou du cerveau, puisqu'ils sont intermittents et qu'ils disparaissent pour laisser plusieurs jours d'intervalle dans lesquels la santé est parfaite, il faut admettre que ce sont des névroses réflexes dues à l'irritation des filets du nerf sensitif. Mais comment une irritation périphérique des nerfs agit-elle sur le cerveau? Là est la difficulté d'interprétation. Cette irritation entretient elle un état d'hyperhémie ou d'ischémie capable de troubler

les fonctions sensoriales, motrices et intellectuelles? Il est évident, dit Bouchut, que c'est l'un ou l'autre, et dans sa pensée il voit plutôt dans ces cas des exemples de névrose réflexe congestive que des cas de névrose ischémique. Ce qui le lui fait croire, c'est l'état du fond de l'œil, constaté avec l'ophtalmoscope. En effet, on n'y trouve jamais d'ischémie, et ce qu'on y rencontre, c'est l'état normal ou un état congestif très prononcé de la papille et des veines de la rétine. Il y a deux indications : la première, c'est d'extraire les corps étrangers, s'il y en a, d'enlever les amas de cérumen et les concrétions calcaires de cérumen endurci, de tarir la suppuration de l'oreille moyenne; la seconde, c'est de combattre les accidents nerveux, sous quelque forme qu'ils se présentent. On remplit la première, en employant les moyens connus de tous; la seconde met en œuvre plusieurs médicaments qui sont le bromure de potassium, la teinture de gelsemium sempervirens, les injections de morphine, l'hydrate de chloral, le chloroforme et le sulfate de quinine, qui a donné à Bouchut les meilleurs résultats. (*Paris Médical*, nos du 28 juillet et du 4 août 1883.)

Nouvel éclairage électrique.

MODIFICATION DU POLYSCOPE DE M. TROUVÉ.

Le Polyscope de M. Trouvé est suffisamment connu pour nous dispenser d'en donner une nouvelle description. (*Revue mensuelle d'Otologie*, 1882, p. 148.)

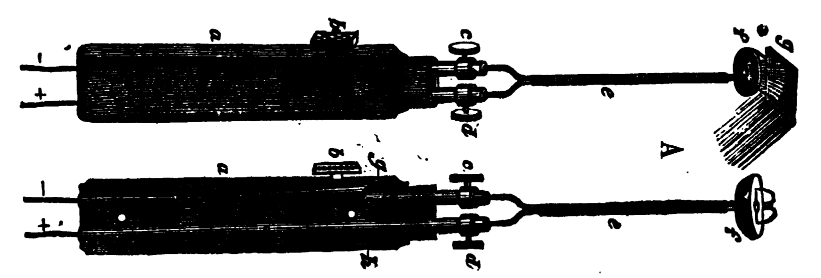


FIG. 1.

A. Reflecteur pour le pharynx et le larynx (Polyscope de Trouvé).

Disons seulement que, dans cet appareil, la lumière est produite par un fil en platine porté à l'incandescence au moyen d'un courant électrique conduit par deux fils de cuivre visibles à leur entrée et à leur sortie du manche à pédale.

Ces deux fils de cuivre se terminent par un fil de platine placé au centre du reflecteur. Une entaille de l'extrémité de chacune des tiges de cuivre permet d'enlever à volonté le fil de platine qui s'y adapte.

C'est ce fil de platine que nous remplaçons par une lampe électrique presque microscopique. Elle est due à l'habileté de M. Seguy.

On peut la remplacer aussi facilement que le fil de platine lorsqu'elle est brûlée ou noircie. La disposition de la figure ci-dessus nous dispense de toute explication. La fermeture du courant, c'est-à-dire de la lumière, est produite par la pression du bouton B.

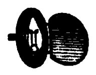


Fig. 2.

Notre lampe s'adaptant dans le reflecteur A.

Cette lampe a sur le Polyscope l'avantage de permettre l'examen des diverses cavités naturelles avec plus de facilité, car l'on n'a plus à craindre ni fonte du platine, ni brûlure des parties que l'on explore.

Nous avons employé à diverses reprises, depuis quelque temps déjà, cet éclairage, conjointement avec celui du photophore. Notre appareil, tout en nous donnant une lumière aussi éclatante que ce dernier appareil, nous dispense du bandeau frontal, puisque nous portons directement la lumière dans les cavités que nous examinons. J. Baratoux.

CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES

(8e session, Copenhague 1884).

Programme provisoire de la section de Laryngologie.

1. Traitement du goître.
2. Les affections syphilitiques du larynx, leurs formes et leur fréquence.

3. La signification pronostique des différentes manifestations locales de la tuberculose du larynx.
4. Le traitement local de la diphtérite.
5. Les inhalations médicamenteuses dans les maladies des voies aériennes.
6. Pathogénie et traitement du spasme de la glotte.
7. L'enlèvement opératif des corps étrangers et des pseudoplasmes des voies aériennes.
8. Traitement des polypes du nez, évulsion — galvano-cautérisation.
9. Les paralysies du larynx.
10. L'éducation méthodique de la voix de chant.

Le Comité de cette section sera composé comme il suit : *Président :* Dr V. Meyer; *Secrétaire :* Dr Sckmiegelaw; *Assesseurs :* Drs Berleinc Nix, C. Bull, à Christiana, et M. Le Professeur Ribling, à Lund.

Programme provisoire de la section d'Otologie.

1. L'ouverture opérative de l'apophyse mastoïdienne.
2. Maladies nerveuses de l'oreille.
3. La dissection de l'organe de l'ouïe à l'égard spécial de ses altérations pathologiques.
4. L'importance des maladies de l'oreille quant à l'aptitude au service militaire.
5. Les différentes espèces de bruits subjectifs et leur traitement.
6. Le traitement du catarrhe chronique de la cavité naso-pharyngienne.
7. Essai d'établir la portée de la bactériologie pour l'otologie.
8. Prophylaxie des maladies chroniques de l'oreille après les fièvres éruptives.
9. Diagnose des complications intra-crâniennes de l'inflammation suppurative de l'oreille moyenne.
10. L'importance de l'otologie pour le perfectionnement médical général.

Le Comité de la section sera composé de MM. le Dr V. Meyer; Dr V. Bremer, *secrétaire;* et les Drs V. Lange, Mathiasen, Chaulow, de Christiana, et Settabla, de Stockholm.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Larynx.

Wagner. — Du traitement des fractures du larynx *(Centrall. f. chir.*, n° 23, 1883, et *London med. rec.*, 15 Octobre 1883, p. 420).

Grey-Glover (James). — De l'émétique dans les cas de corps étrangers de la gorge *(The Lancet,* 13 Octobre 1883).

Massei. — Un diagnostic trompeur *(Archiv. Italiani di laryngol.*, fasc. 2-15, Octobre 1883).

Cadier. — Auto-inoculation laryngée de la tuberculose par le contact direct des points symétriques des cordes vocales (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, n° 4, Septembre 1883).

Gouguenheim. — De l'œdème des replis aryténo-épiglottiques, surtout dans les maladies chroniques du larynx *(Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, n° 3, Juillet 1883).

Beverley-Robinson. — Paralysie laryngienne d'origine probablement syphilitique *(The med. rec.* N. Y., 5 Mai 1883).

Gonzalez-Alvarez. — Kyste intra-laryngien *(Annales de otol. y laryng.*, Juin 1883).

Massei. — Les courants constants dans la gorge *(Bollet. della malatt. dell' orech.*, etc., 2 Mars 1883).

Zawerthal. — La voix chez l'homme et chez les animaux *(Arch. ital. des laryngologia*, 15 Juillet 1883, fasc. 1).

Hunter-Mackensie — Faits cliniques de maladies de la gorge et du nez *(Edimb. med. journ.*, Octobre 1883).

Oreilles.

Bobane-Tomasa. — Sur quelques observations d'otite moyenne purulente dans la phtisie *(Bollettino delle malat. dell' orech.*, etc., n° 3. — Mai 1883).

Andrew. — Du diagnostic des complications cérébrales, suites de maladies de l'oreille, par l'examen ophtalmoscopique *(The med. rec.*, 29 Septembre 1883).

Pierce. — Des différentes formes de tympans artificiels et de leur valeur comparée (*Brit. med. assoc.*, 51e année, sect. d'otol. In *Brit. med. (journ.*, 13 Octobre 1883, p. 720).

Barr (Thomas). — Observations pratiques sur la valeur de la ouate (tympan artificiel de Jearsby) pour améliorer l'ouïe *(Brit. med. assoc.*, 51e réunion, sect. d'otol. In *Brit. med. journ.*, 13 Octobre 1883, p. 722).

Varia.

Kirk-Duncanson. — De l'examen des sourds-muets *(Edimb., med. journ.*, Décembre 1882 et Juin 1883).

Maxwell. — Des suites de la trachéotomie après l'occlusion de la plaie trachéale *(Edimb., med. journ.*, Mars 1883).

Ariza. — Une visite à la policlinique de laryngologie de Séville *(Anales de otol. y laring.*, Juin 1883).

Cicconardi. — Trachéotomie par le procédé rapide *(Arch. ital. di laring.*, fasc. 1, 15 juillet 1883).

Kock (Paul). — Contribution à l'étude du sarcôme primitif du corps thyroïde *(Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, n° 4, Septembre 1883).

Dubranle. — De l'articulation dans ses rapports avec l'hygiène des sourds-muets *(Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, Septembre 1883).

Bouchut. — De l'excrétion de l'urée dans le croup, l'angine couenneuse et le faux croup *(Paris Médical*, nos 39 et 40, 1883).

Le propriétaire-gérant, Dr E. J. Moure.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER, rue Cabirol, 16.

4e Année. N° 12. 1er Décembre 1883.

REVUE MENSUELLE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

SOMMAIRE. — **Travaux originaux** : Contribution à l'étude des maladies de la cavité naso-pharyngienne ; Des tumeurs adénoïdes, par le Dr J. Baratoux. — Répertoire clinique des maladies du larynx et de la gorge, par le Dr Moura-Bourouillou. — Présentation d'un cartilage aryténoïde nécrosé et rejeté pendant la vie, par le Dr Schiffers, de Liège. — De l'angine chronique rhumatismale, de son aspect typique et de ses rapports avec les affections de l'oreille et la surdité, par le Dr Gellé. — **Compte-rendu de la Société Française d'Otologie et de Laryngologie.** — **Revue Bibliographique** : Des formes cliniques de la tuberculose laryngée ; pronostic et traitement, par le Dr Ducau. — **Revue de la Presse.** — **Nouveaux instruments.**

TRAVAUX ORIGINAUX

Contribution à l'étude des maladies de la cavité naso-pharyngienne. — Des tumeurs adénoïdes ;

Par le Dr J. Baratoux (1).

Signalées pour la première fois par Czermak, en 1860, ces tumeurs sont formées aux dépens d'un tissu existant normalement dans l'espace compris entre les deux pavillons des trompes, et principalement à la voûte du pharynx et à la partie supérieure de la paroi postérieure de cette cavité. Ce tissu, d'apparence glandulaire, appelé tissu cystogène (Kolliker), adénoïde (His), réticulé (Ranvier), est tellement développé vers le milieu de la voûte palatine du pharynx, que Luschka lui a donné le nom d'*amygdale pharyngienne*. Cette amygdale adhère, par sa

(1) Communication faite à la *Société Française d'Otologie et de Laryngologie*, séance du 19 Octobre 1883.

face profonde, au fibro-cartilage qui revêt la base du crâne; sa face superficielle est recouverte par la muqueuse pharyngienne.

Dans certains cas, elle peut s'hypertrophier au point de former de véritables tumeurs, qui arrivent à un développement tel qu'elles remplissent parfois toute la cavité. D'autres fois, ces tumeurs naissent sur les parties latérales du pharynx; elles sont alors généralement isolées, moins volumineuses, et revêtent une forme arrondie ou conique, en ruban ou en crête.

Je laisse de côté la classification de ces tumeurs et leur anatomie pathologique (voir *Progrès Médical*, n° 41; Cornil, *Société Anatomique*).

Tous les auteurs ont signalé le facies spécial des personnes atteintes de tumeurs adénoïdes : front bombé, partie moyenne de la face moins développée, nez pincé, maxillaire inférieur saillant au point que les dents de la mâchoire inférieure sont situées sur un plan plus antérieur que leurs correspondantes de la mâchoire opposée, bouche ouverte, tous symptômes donnant un air hébété et de stupidité à l'enfant qui est porteur de ces tumeurs. Joignez-y la forme particulière de la voûte palatine (en carène), la sècheresse de la bouche, les expectorations sanglantes, la gêne respiratoire déterminant l'arrêt de développement de la cavité thoracique, le ronflement, le nasillement et la difficulté d'émettre des sons nasaux, et l'on aura tout l'ensemble des symptômes déterminés par ces végétations.

Mais le siège de ces tumeurs est plus important à considérer que leur marche, car, si elles se développent dans le voisinage des trompes d'Eustache par exemple, elles les obstrueront et amèneront les complications très connues d'un tel état de choses.

On a dit que ces végétations étaient communes chez l'enfant et rares chez l'adulte. Nous avons vu dernièrement un cas de ces tumeurs développées chez une femme de trente-cinq ans; elles remplissaient toute la cavité pharyngienne. Malgré un coryza continuel, des éternuements répétés, des épistaxis qui se renouvelaient fréquemment et une dureté de l'oreille gauche assez accusée, le diagnostic de polypes des sinus frontaux fut porté par

deux de mes confrères, qui, ayant examiné les fosses nasales, n'avaient aperçu qu'une irritation légère de la muqueuse. Lorsque cette malade se présenta à notre consultation, nous trouvâmes tous les symptômes énoncés précédemment : la perception crânienne était bonne; l'acuité auditive à la montre était de 0,60 cent. à droite et de 0,56 cent. à gauche. A la suite d'un traitement par la méthode galvano-caustique, la malade fut débarrassée de ces tumeurs en une dizaine de séances, car le père, qui était médecin, craignant une hémorrhagie, ne nous permit d'enlever chaque fois que quelques morceaux de ces végétations. Lorsqu'elle en fut complètement débarrassée, l'acuité auditive redevint excellente, la respiration se fit par la bouche, etc., en un mot, tous les signes inhérents à ces tumeurs disparurent.

Mais ces végétations sont-elles aussi fréquentes que certains auteurs le prétendent?

Meyer dit en avoir observé 175 cas, dont 130 avec affection de l'oreille, pendant l'espace de cinq ans. Woakes en aurait vu 60; Michel, de Cologne, 92 en quatre ans; pour MM. Lœvenberg et Calmettes, elles seraient très fréquentes; cependant M. Lœvenberg n'en cite que quelques cas dans la brochure qu'il a publiée à ce sujet.

Contrairement à cette opinion, Voltolini dit qu'en Allemagne elles ne lui paraissent pas aussi communes; il en cite quatre cas; Wendt, en dix ans, n'en a opéré que deux; Stork n'en a observé qu'un petit nombre; Dubief en cite huit cas en deux ans. MM. Moure et Noquet nous ont dit n'en avoir constaté que rarement, quoique les ayant recherchées sur tous les sujets qu'ils ont pu observer.

Nous-même, sur plus de 500 malades que nous avons examinés, tant à notre clinique que dans notre pratique privée, nous n'en avons trouvé que 8 cas.

D'où vient cette divergence d'opinions? Avant de chercher à élucider cette question, passons en revue les modes d'exploration conseillés pour l'étude des affections du pharynx nasal en général, et des tumeurs adénoïdes en particulier.

La méthode la plus simple est l'*exploration digitale*, con-

sistant à introduire l'index dans le pharynx du patient que l'on a fait asseoir sur une chaise, de manière que la main soit au niveau de la bouche. L'index droit est dirigé rapidement derrière la face supérieure du voile du palais, pendant que la tête du malade est maintenue sous le bras gauche, le pouce pressant fortement la joue contre les dents, au niveau du bord antérieur du masseter, ce qui force le patient à ouvrir la bouche et à la maintenir dans cet état, car s'il cherche à mordre, c'est sa joue qui se présente sous les dents.

Zaufal a conseillé l'emploi de la *rhinoscopie antérieure.* Pour cela, il se sert d'un long spéculum cylindrique qui n'est pas toujours applicable, vu l'étroitesse relative des fosses nasales de beaucoup de malades.

Enfin, la dernière méthode est la *rhinoscopie postérieure.* J'engage le patient à maintenir sa langue au moyen d'un abaisse-langue tenu de la main droite, et à souffler par le nez d'une manière lente et continue, autant que la respiration le permet. Un court exercice rend facile l'examen du pharynx nasal chez presque tous les malades. Le miroir pharyngien, de plus petite dimension que le miroir laryngien, peut alors être introduit avec une main, l'autre restant libre pour les pansements ou les opérations.

D'après Meyer, aucun de ces moyens employé seul ne fournit une base suffisante pour établir le diagnostic physique des végétations adénoïdes. « L'exploration » digitale est pratiquement et scientifiquement préférable » aux autres procédés, dit-il, dans sa communication au » Congrès de Londres, en 1881, car l'examen avec le » pharyngoscope est difficile et peu satisfaisant. »

Woakes n'admet que le palper, la rhinoscopie ne pouvant être appliquée dans tous les cas.

Le professeur Politzer préfère aussi le toucher. C'est la seule méthode que nous ayons vu employer par ce distingué confrère dans son service de l'hôpital général de Vienne.

De Trœltsch dit « que l'inspection supérieure du pha- » rynx à l'aide de petits miroirs est impraticable, sauf de » rares exceptions, chez les enfants au-dessous de dix » ans. La palpation de la région rétro-nasale n'en acquiert

» que plus d'importance. » Cependant il conseille l'emploi de la rhinoscopie postérieure.

« La palpation, dit aussi Creswell Baber, est la méthode » la plus universellement applicable. La rhinoscopie » postérieure n'est pas toujours pratique; elle nécessite » de l'adresse de la part du chirurgien et une certaine » préparation de la part du malade. »

M. Calmettes croit que la rhinoscopie antérieure donne rarement de bons résultats, que la rhinoscopie postérieure n'est pas toujours possible, et que l'exploration digitale, au contraire, est un moyen des plus infaillibles.

Si les auteurs précédents donnent l'avantage à la palpation, il en est d'autres qui la combinent à la rhinoscopie postérieure.

Stŏrk et Voltolini n'accordent de valeur qu'à cette dernière.

Schalle est aussi d'avis que l'exploration digitale ne remplace qu'imparfaitement la rhinoscopie postérieure.

C. Michel, de Cologne, partage cette opinion, et il ajoute même avec raison que « la présence de toute » tumeur dans cette région facilite la pharyngoscopie, » parce qu'elle met obstacle aux mouvements du voile » du palais. » Il fait aussi usage du speculum nasal.

M. Lœwenberg combine l'emploi des trois méthodes.

Zaufal préconise la rhinoscopie antérieure pour laquelle il a fait construire son speculum.

Enfin, nous-mêmes donnons l'avantage à la rhinoscopie postérieure, quoique nous pratiquions préalablement les deux autres modes d'exploration; car ceux-ci ne nous donnent pas la certitude que l'on obtient par l'examen direct du pharynx avec le miroir.

De cette succincte analyse nous pouvons conclure que *presque tous les auteurs qui donnent la première place à la rhinoscopie postérieure dans l'exploration de la cavité pharyngienne n'ont vu qu'un petit nombre de tumeurs adénoïdes, contrairement à ceux qui préconisent l'exploration digitale.*

Et cela se comprend facilement, car en se basant simplement sur cette dernière méthode en présence d'enfants présentant des symptômes attribués aux tumeurs adénoïdes, on conseille immédiatement l'opération, sans se

rendre compte exactement de la cause qui produit ces troubles. Aussi sommes-nous de l'avis de Schalle, qui croyait que l'on faisait trop d'opérations sur les tumeurs adénoïdes.

Très souvent, des enfants ont été conduits à ce regretté savant pour qu'il les opère de végétations; mais l'examen rhinoscopique lui montrait que c'étaient les cornets inférieurs qui étaient la cause des symptômes attribués à tort aux végétations, oubliant que les obstructions des fosses nasales occasionnent les mêmes signes. « On a » malheureusement pris l'habitude de pratiquer seule- » ment l'exploration digitale sur tout enfant présentant » des symptômes suspects », écrit cet auteur; mais il faut substituer la rhinoscopie à cette méthode, qui ne donne ni résultat précis, ni l'aspect des parties. Au reste, la rhinoscopie postérieure n'est pas aussi difficile qu'on le croit généralement; nous n'avons rencontré que de bien rares cas dans lesquels nous n'ayons pas réussi, par cette méthode, à nous faire une idée nette de l'état de la cavité naso-pharyngienne.

Aussi n'hésiterons-nous pas à conseiller ce mode d'exploration comme étant supérieur à la palpation, d'autant plus que nous avons vu dernièrement deux cas dans lesquels l'exploration digitale a été cause d'erreur de diagnostic. Pour l'un d'eux, il n'en résulta aucune conséquence fâcheuse, car les parents du malade ont refusé, avec raison, toute intervention chirurgicale; mais il n'en a pas été ainsi de l'autre, qui a vu ses jours en danger par suite d'une hémorrhagie abondante.

Du premier malade (âgé de cinq ans), je dirai seulement qu'il présentait une hypertrophie considérable du perioste de la base du crâne, hypertrophie venant former pour ainsi dire tumeur dans la cavité pharyngienne, sans toutefois dépasser à peine la partie supérieure de l'orifice des fosses nasales.

Le deuxième malade, qui est venu à notre Clinique le 16 septembre dernier, est âgé de treize ans. Il est sourd depuis quatre ou cinq ans, époque à laquelle il a été pris d'un écoulement purulent des oreilles.

Il y a trois semaines il alla consulter un de nos confrères

qui, voyant le facies de ce jeune homme, porta le diagnostic de tumeurs adénoïdes. Il l'engagea à se laisser opérer afin de guérir son affection auriculaire.

Dès le jour même, au moyen d'une pince, on lui enleva de chaque côté de la gorge un morceau de chair de la grosseur d'une lentille. Trois jours après, nouvelle opération, qui ramena 3 morceaux de tissu; cette fois ce fut du côté gauche seulement que l'instrument fut porté. La semaine suivante, deux autres morceaux sont enlevés; ils avaient le même volume que précédemment. Enfin, une dernière fois, ce malade est opéré le 15 septembre; deux parties de chair sont enlevées, dit-il, la dernière était de la grosseur d'un pois. A la suite de cette dernière opération, il a remarqué un peu de sang mélangé à sa salive, et deux heures et demie après, c'est-à-dire vers deux heures de l'après midi, il a été pris d'épistaxis qui a duré trois heures environ; à ce moment, le sang est sorti par les oreilles, la bouche, le nez, au point qu'un autre confrère, le Dr Coupard a dû pratiquer le tamponnement des fosses nasales.

C'est le lendemain que ce jeune homme est venu nous consulter.

Facies caractéristique de l'obstruction des fosses nasales avec le cortège des symptômes concommitants. L'enfant est très pâle, très fatigué, sueurs froides; aussi remettons-nous au lendemain l'exploration du pharynx, nous contentant d'examiner les oreilles, dont l'une, la droite, offre une destruction complète du tympan, si ce n'est à sa partie supérieure, et dont l'autre est remplie de caillots sanguins. — Nous lui prescrivons un traitement tonique.

Le lendemain, en se mouchant, le malade a rejeté les cotons du nez.

Les fosses nasales sont remplies de mucosités. — A l'examen rhinoscopique postérieur, nous constatons : une hypertrophie du cornet inférieur droit telle, que la fosse nasale est complètement fermée. Sur sa face postérieure est une ulcération de la largeur d'une pièce de cinquante centimes; elle peut s'étendre à 1 millimètre de profondeur; ses bords sont inégaux et déchiquetés.

La trompe d'Eustache gauche a subi aussi des dégâts considérables, toute la partie saillante du bord cartilagineux de son orifice guttural est détruite. En outre, nous constatons, à

l'union du vomer et de la base du crâne, un véritable labourage de ces parties; le bord postérieur de la cloison est détruit dans sa partie supérieure, la muqueuse voisine de la base du crâne est arrachée. L'hémorrhagie semble avoir été produite par la déchirure de l'artère spléno-palatine gauche.

Aussi, après avoir eu un tel exemple sur les yeux, conseillerons-nous plus que jamais de ne porter aucun instrument tranchant dans le pharynx, sans s'être assuré préalablement *de visu* de l'état des parties. Au reste, Schalle avait déjà renoncé à l'emploi du couteau de Meyer et des diverses pinces usitées dans le traitement des tumeurs adénoïdes. Il lui semble incompréhensible que les trompes ne soient pas blessées quand on opère dans le pharynx sans se guider ou par l'œil, ou par le doigt, car la pince saisit tout ce qui se présente dans ses mors. Combien de cornets même n'ont-ils pas été enlevés de la sorte!

Nous ne dirons que quelques mots du traitement des tumeurs adénoïdes. Nous basant sur ce fait que tout instrument tranchant, toute pince, est généralement condamnée pour l'ablation des polypes du nez, nous préférerons l'emploi de la galvano-caustie, en particulier le couteau ou l'anse portés sur les conducteurs coudés en forme d'S pour les opérations par la bouche, ou droits pour celles pratiquées par les fosses nasales, en ayant soin de faire usage de la rhinoscopie.

Répertoire clinique des maladies du larynx et de la gorge *(Observation n° 929)*.

par le Dr MOURA-BOUROUILLOU (1)

L'observation que j'ai l'honneur de vous présenter est d'ordre purement physiologique.

Il s'agit d'un gardien de la paix qui entra, le 25 mai 1874, dans la salle Saint-Ambroise, n° 5, à Beaujon. Il portait

(1) Communication faite à la *Société française d'Otologie et de Laryngologie*, séance du 19 octobre 1883.

une vaste plaie au cou. Dans une tentative de suicide, il se donna de gauche à droite un coup de rasoir qui ouvrit profondément, des deux côtés, le pharynx. Le professeur Dolbeau, dans le service duquel il se trouvait placé, me fit prévenir quelques jours après, et il mit le blessé à ma disposition, afin de l'examiner au laryngoscope et d'étudier en même temps le mécanisme de la déglutition.

La plaie était en voie de guérison. Aucune ligature, aucune tentative de rapprochement, n'avaient été faites. La nature seule, aidée de pansements, était en pareil cas, pour Dolbeau, le meilleur chirurgien. Le résultat lui donna raison.

Toute la paroi antéro-latérale du pharynx était ouverte. Au fond de la plaie on voyait l'épiglotte, le repli aryténo-épiglottique, la thyroïde avec son bord postérieur proéminent sous la muqueuse, la partie inférieure de la gouttière pharyngo-œsophagienne, jusqu'au cricoïde à droite. La muqueuse tapissait cette vaste cavité.

Voici la description abrégée qu'un des élèves du service, M. A. Weiszerber, fit de la blessure :

La lèvre inférieure de cette plaie présente, d'avant en arrière : la peau; puis une surface plane dans laquelle on reconnaît les muscles thyro et sterno-thyréoïdiens; plus, en arrière, une gouttière limitée, en avant, par ces mêmes muscles, par la membrane thyréo-hyoïdienne et la muqueuse, par la face externe de l'épiglotte, dont l'angle droit fait saillie, par l'orifice supérieur du larynx, les replis aryténo-épiglottiques, les cartilages aryténoïdes; enfin, par l'orifice inférieur du pharynx.

L'instrument tranchant a entamé les replis aryténo-épiglottiques et produit une section des tissus de bas en haut à gauche, de haut en bas à droite. Aux deux angles de la plaie, on voit battre les carotides qui semblent avoir fui.

La lèvre supérieure de la plaie présente, en avant, des masses musculaires; puis la base de la langue, qui s'abaisse pendant les mouvements de déglutition, tandis que le larynx remonte. Ces mouvements sont exécutés avec facilité. Le malade mange et boit très bien, et rien

ne sort par la plaie. Point de gêne du côté du larynx ou de la respiration.

La phonation a été impossible pendant les deux premiers jours; le malade a causé ensuite à voix basse d'abord, puis à haute voix, à mesure que la plaie s'est fermée.

Telle est, en quelques lignes, l'observation dont j'ai contrôlé les détails.

Le hasard, on le voit, est parfois un grand maître, un expérimentateur et un vivisecteur hors ligne.

Il y a longtemps que les physiologistes cherchent la vérité sur le mécanisme de la déglutition, ou plus exactement *glutition.*

En présence des expériences laryngoscopiques que j'ai faites en 1861 et plusieurs fois renouvelées; en présence de l'observation que je viens de vous faire connaître et qui les confirme, que devient le rôle attribué à l'épiglotte par les physiologistes de tous les temps dans la fonction de la déglutition?

Ainsi, d'une part, l'épiglotte, dont le bord libre était, dans le cas présent, conformé suivant le troisième genre, ne s'abaisse pas sur la glotte, ne s'infléchit même pas sur le vestibule; elle reste droite. Les angles de son bord libre se rapprochent de la paroi postérieure du pharynx, s'appliquent contre cette paroi, ainsi que les replis aryténo-épiglottiques, réduits à leur plus petite expression par la montée du conduit aérien, et forment avec elle l'entrée d'un canal pharyngo-épiglottique et vestibulaire dans lequel les aliments s'engagent, poussés par une énergique pression de la base de la langue d'abord, par une sorte de succion ou d'aspiration que la descente du larynx et du pharynx exercent ensuite sur eux.

D'autre part, les liquides ne passent point sur les côtés de l'épiglotte, contrairement à la croyance de tout le monde, pas plus que dans les gouttières latérales; ils suivent la même filière que les aliments solides.

Ces faits, je les ai établis par mes expériences laryngoscopiques. Ils contredisent tous les physiologistes. C'est pourquoi le Dr Moura se trompe, car un seul ne

saurait avoir raison contre tous, dit la sagesse universelle.

Ah! si certain professeur de physiologie de la Faculté de Paris avait été encore vivant en 1874! S'il avait pu, comme moi, voir l'acte de la déglutition s'accomplir sur l'agent de la paix, quel désappointement il aurait éprouvé, lui qui, par son imagination chagrine et surmenée, était parvenu à embrouiller le mécanisme de la déglutition plus que tous les expérimentateurs ensemble! Que d'écrits, que de soucis il se serait évités! Que de nuits et que de promenades tranquilles il se serait données!

Présentation d'un cartilage aryténoïde nécrosé et rejeté pendant la vie.

par le Dr Schiffers, de Liège (1).

La pièce que je présente est formée de deux parties qui se raccordent parfaitement pour former un cartilage aryténoïde.

C'est le cartilage aryténoïde gauche d'un malade âgé de trente-huit ans environ, qui a eu une fièvre typhoïde grave, au début de l'épidémie que nous avons traversée à Liège, fin 1882 et commencement de 1883. La plus grande des parties a été éliminée au milieu de phénomènes imminents d'asphyxie.



L'examen laryngoscopique n'a pas été fait à ce moment ni dans le cours de la fièvre typhoïde; je n'ai vu le malade que plus tard, en consultation. Deux ou trois mois après que les symptômes furent calmés et après l'élimination de ce premier séquestre, j'ai vu un jour en travers de la glotte la seconde portion du cartilage, plus petite, dont la plus fine extrémité touchait et même s'enfonçait un peu dans l'épaisseur du tiers postérieur de la corde vocale

(1) Communication faite à la *Société française d'Otologie et de Laryngologie*, séance du 19 octobre 1883.

inférieure droite. J'étais sur le point d'essayer d'en débarrasser le patient, quand elle fut rendue telle qu'elle est par un effort de toux.

Les jours précédents, il y avait eu de nouveau des phénomènes de sténose laryngée assez prononcés.

Depuis lors, le malade, qui est un homme robuste, n'ayant jamais eu d'affection, se porte bien. Il a repris son train de vie ordinaire, voyage pour ses affaires comme auparavant.

A l'examen laryngoscopique, on ne voit, pour ainsi dire, que la corde vocale inférieure droite, qui est large et fonctionne activement lors des mouvements phonateurs et respiratoires. Elle va toucher, pendant l'émission du son *e*, le bord interne de la corde vocale inférieure gauche, qu'on voit à peine. Lors du premier examen, j'avais constaté des signes de paralysie unilatérale des crico-aryténoïdiens postérieurs. La voix est relativement bonne; le timbre est voilé, mais l'enrouement n'est pas prononcé.

De l'angine chronique rhumatismale, de son aspect typique et de ses rapports avec les affections de l'oreille et la surdité;

Par le Dr Gellé (1).

On sait combien facilement les cavités de l'oreille moyenne sont envahies par les divers processus pathologiques qui ont le pharynx pour siège. L'examen de la gorge fait donc partie intégrante de celui des oreilles. Il est même la source des notions les plus sérieuses sur la nature et la pathogénie de l'affection auriculaire et de la surdité dont se plaint le patient. Parmi les divers tableaux offerts par l'inspection du pharynx : fongosités, tumeurs adénoïdes, état catarrhal, veinosités, état hypertrophique ou atrophique de la muqueuse, il en est un sur lequel je désire attirer particulièrement l'attention,

(1) Communication faite à la *Société française d'Otologie et de Laryngologie*, séance du 19 octobre 1883.

à cause de la netteté de son aspect, de son caractère tranché et de son type absolument spécial, enfin parce qu'il se présente à l'observation du médecin auriste avec une fréquence relativement grande et plutôt dans le cours de certaines formes de troubles de l'audition et du vertige dit de Ménière surtout. Pour marquer mieux encore l'importance de cette sorte d'angine chronique hyperplasique, j'ajoute qu'elle me semble éclairer vivement le diagnostic de la nature de ces affections auriculaires, car il résulte de l'analyse d'observations, dont le nombre est aujourd'hui de plus de 5,000, que cet aspect du pharynx est une manifestation des diathèses rhumatismale et goutteuse le plus souvent. Je vais donner, dans un rapide résumé, la description de cette forme, ou type de lésion pharyngée, ses caractères, et un mot seulement de son diagnostic et des lésions auriculaires avec lesquelles on l'a observé.

Voici l'aspect du pharynx bucal : muqueuse lisse, brillante rutilante, plissée, tuméfiée, faux-piliers verticaux, derrière les piliers postérieurs; cavité pharyngée retrécie, annulée (*pharynx virtuel*).

C'est un des tableaux de cette galerie que le médecin rencontrera le plus fréquemment.

Il a été confondu avec celui que donne l'état catarrhal chronique; mais dans ce dernier cas la lésion est superficielle, l'affection sécrétante, générale, le plus souvent due à des irritations locales (tabac, alcool, etc.), ou liée à la scrofule.

Dans le nouveau type pharyngé que nous allons décrire, la muqueuse et le tissu sous-muqueux sont à la fois pris; de là, des déformations caractéristiques. C'est un exanthème doublé d'un œdème sous-muqueux, très congestif, très vasculaire; il coïncide souvent avec une face vultueuse, pleine, animée, colorée; c'est à l'état chronique, indolent presque toujours, l'aspect de l'angine aiguë rhumatismale (sans fièvre, sans réaction générale, avec récidives des poussées et une durée remarquablement longue (des années).

Par suite de l'épaississement du tissu muqueux et sous-muqueux, de l'engorgement vasculaire, la cavité de la gorge disparaît; le vide n'existe plus derrière

l'isthme, tout est comblé ; le fond et les côtés, prodigieusement gonflés et plissés, remplissent le pharynx.

A la vue, il n'y a plus derrière la langue qu'un plan inégal, plissé, rouge, vif, où tout est confondu (pharynx virtuel).

Dans le cas où l'engorgement est moindre sur le fond, de chaque côté on distingue nettement deux replis muqueux épais, colorés, verticaux, qui forment à droite et à gauche un troisième pilier plus volumineux, et dont les bords, comme deux rideaux, cachent et couvrent le fond, visible seulement dans le sillon étroit et vertical qui sépare ces deux replis pathologiques (faux-piliers).

On peut trouver la lésion unilatérale; je l'ai vue limitée à un côté dans plusieurs cas de vertige de Ménière qui furent la manifestation première d'une attaque de goutte irrégulière. Dans cette forme hyperplasique, on rencontre peu de véritables granulations.

La résolution de cet engorgement chronique du pharynx est possible, avec retour complet de la muqueuse et de la cavité à leurs proportions normales. Mais ces récidive s sont faciles et sournoises. A la suite, la muqueuse reste érythémateuse et parsemée d'étoiles fines de vaisseaux capillaires devenus variqueux.

J'insiste sur la fréquence extrême de ces aspects du pharynx, chez les sujets arthritiques, ayant eu des attaques de rhumatisme ou de goutte.

Sous l'influence de ces volumineux engorgements, les troubles et les lésions auriculaires sont souvent observées, la surdité bilatérale, le vertige de Ménière, les bourdonnements, les oblitérations des trompes et l'otite chronique rhumatismale. Le vertige de Ménière surtout s'accompagne de ces lésions du côté de la gorge; et, dans quelques cas, la lésion auriculaire est tellement faible, la surdité si légère à la fois, le vertige s'améliore si bien en même temps, que l'état de la gorge se modifie, qu'il y a lieu de croire que le vertige comme la nausée est alors d'origine pharyngienne. La nausée permanente, de même que les vomituritions du matin, sont fréquemment symptomatiques de ces angines avec gonflement œdémateux et rétrécissement apparent de la cavité du pharynx (pharyngite nauséeuse, pharyngite à vertige). Phénomène

curieux, cette forme d'angine chronique évolue totalement ignorée du sujet ; elle est indólore, à peine gênante, fournit peu d'expectoration et est compatible avec des apparences de santé absolument bonne. Aussi les patients de se récrier, en disant qu'ils n'éprouvent aucun mal au gosier. Ils souffrent à la nuque, dans le cou, à la tête et peu de la gorge.

On peut rapprocher de cet aspect du pharynx celui qui se rencontre chez les buveurs de bière; ici, cependant, l'état catharral est surtout dominant (sécrétions abondantes, pituite le matin, gargouillement pharyngien à l'otoscope).

Ce n'est point ici le lieu, dans une communication nécessairement écourtée et rapide, de parler du diagnostic étiologique et du traitement de cette forme de pharyngite, si utile à connaître en otologie.

COMPTE-RENDU

DE LA

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

Séance du 19 Octobre 1883.

Présidence du Dr MOURA-BOUROUILLOU.

La Société vote des remerciements à l'Administration de la ville de Paris pour avoir bien voulu lui accorder une des salles de la Mairie du 1er arrondissement afin d'y tenir ses séances.

M. le Secrétaire donne lecture de la liste des membres adhérents publiée dans le numéro précédent des *Bulletins*.

La correspondance comprend : *La Revue mensuelle d'Otologie et de Laryngologie* du Dr Moure (années 1880-81 et 82) ; le numéro du 23 août 1883 des *Archives de Laryngologie* du Dr Massei, de Naples, et une brochure du Dr Solis-Cohen sur le *pronostic et le traitementde la tuberculose laryngée*. Notre distingué confrère admet que, si la

tuberculose laryngée a un pronostic généralement défavorable, il y a cependant d'heureuses exceptions ; cette maladie peut, dans certains cas, arriver à la guérison.

Liste des membres honoraires dressée par le Comité :

MM. Bœttcher, de Dorpat; Swan Burnett, de Washington; Berthold, de Kœnigsberg; Bezold, de Munich; Gruber, de Vienne; Labus, de Milan ; Lucæ, de Berlin; Michel, de Cologne; Moos, de Heidelberg; Massei, de Naples; Magnus, de Kœnigsberg; Politzer, de Vienne; Ramon de la Sota y Lastra, de Séville; Urban Pritchard, de Londres; Rossbach, d'Iéna; Rudinger, de Munich; John Roosa, de New-York; Schrötter, de Vienne; Stoerk, de Vienne; Schnitzler, de Vienne; Schwartze, de Halle; Solis-Cohen, de Philadelphie; Trœltsch, de Wursbourg; Tobold, de Berlin; Voltolini, de Breslau.

Liste des membres correspondants dressée par le Comité :

MM. Burkner, de Gottingue; Silvio Escolano, d'Alicante; E. Fraenkel, d'Hambourg; Gottstein, de Breslau; Hartmann, de Berlin; Hering, de Varsovie; Steinbrugge, de Heidelberg,

L'ordre du jour appelle la communication du Dr Delie, d'Ypres, sur le hoquet et spasme pharyngo-laryngé. (1).

DISCUSSION

M. Gellé. — Le hasard a voulu que je sois appelé aujourd'hui auprès d'un homme de soixante ans qui était atteint de hoquet.

Pendant un voyage de dix-huit heures en chemin de fer, ce malade avait pris froid; sa gorge était rouge, mais il ne se plaignait que de son hoquet, ou plutôt de ses hoquets; car il me disait en se tenant la région diaphragmatique : « J'ai deux hoquets, celui d'en bas et celui d'en haut. » Le premier, accusé par les secousses du diaphragme, dominait l'autre. Je

(1) Sera publiée dans le prochain numéro.

lui ai fait passer dans la région des fausses côtes un courant qui l'a fait disparaître.

Autre cas : Il y a dix-huit mois, je vis un jeune homme de dix-huit ans qui ne pouvait parler, tant le hoquet était accentué. Je fis usage du courant d'une pile de bichromate de potasse de deux litres de contenance, et, deux minutes après, le malade était tellement soulagé, qu'il put me raconter son histoire; de plus, il pouvait avaler et dormir, ce qu'il n'avait pas fait depuis le début de sa maladie.

Le Dr E. Ménière lit un travail sur le rhumatisme aigu à début auriculaire (1).

DISCUSSION

M. J. Baratoux. — Le dernier cas auquel fait allusion notre collègue m'est personnel. C'est un malade qui, depuis quinze jours, accusait de l'insomnie et des douleurs dans l'oreille gauche. Il présentait de l'inflammation du conduit de ce côté; il avait, en outre, un gonflement œdémateux de la région mastoïdienne avoisinante.

Je le perdis de vue pendant deux mois. A cette époque, son état était absolument le même que précédemment, avec douleurs plus accusées toutefois dans l'oreille.

Le lendemain, la paupière supérieure gauche est enflée.

Trois jours après, à la suite d'un bain de vapeur, *tout gonflement de l'oreille, de la région mastoïdienne et de l'œil avait disparu.* Le tympan gauche était légèrement injecté, ainsi que la portion voisine du conduit; jusqu'à ce jour, cette partie était tellement gonflée, qu'on ne pouvait apercevoir le fond de l'oreille.

A droite, la paupière supérieure s'est enflée à son tour. Douleur de l'oreille et gonflement des parois du conduit auditif. En même temps, douleur aiguë au niveau de l'articulation coxo-fémorale droite avec gonflement de cette région; les trois derniers orteils droits présentent le même état.

A la suite de bains de vapeur pendant trois jours consécutifs, tous les accidents disparurent, si ce n'est le gonflement de la paupière et du conduit, qui a cependant bien diminué.

(1) Ce travail a été publié *in extenso* dans le n° 11 de la *Revue* (1883).

M. Gellé a observé de nombreux cas où le rhumatisme commence par l'oreille; mais l'affection qui se porte sur cet organe est prise pour tout autre chose. A ce propos, M. Gellé communique le fait suivant : Une femme de cinquante-neuf ans a vû son attaque de goutte débuter par un vertige de Ménière au milieu de la nuit, au moment où elle se levait pour satisfaire un besoin naturel. Elle s'est sentie poussée en avant et elle est venue tomber sur un canapé placé à trois mètres de son lit. A ce bruit, son fils s'est levé, et celui-ci a cru que sa mère était prise d'accidents cérébraux. La malade ne pouvait bouger; elle paraissait, en outre, avoir une diminution considérable de l'ouïe. Dans les quarante-huit heures surviennent des vomissements qui font croire à la famille et à un médecin que la malade est atteinte d'une affection cérébrale. M. Gellé a toutes les peines pour imposer le diagnostic de vertige de Ménière.

Huit jours après, elle va mieux, elle n'a pas plus de vertiges, plus de vomissements, mais elle est prise d'asthme. M. Gellé constate la présence de râles sous-crépitants secs dans le poumon; il prescrit un lavement de chloral et des ventouses. Un nouvel accès se reproduit la nuit suivante, et trois sémaines après les articulations des deux coups de pied sont prises : c'était la signature du diagnostic.

La malade raconte alors qu'il y a dix ans, elle a ressénti des symptômes analogues : « C'est ma goutte qui revient » dit-elle.

Il est impossible de voir quelque chose de plus topique. Elle fut guérie en trois mois et depuis elle n'a jamais eu rien du côté de l'intelligence; elle n'a gardé qu'un peu de surdité.

M. Ménière dit qu'il n'a jamais vu nulle part qu'un acccès de rhumatisme ait été précédé d'une fausse otite moyenne et de phénomènes congestifs. Ce qui m'a le plus frappé, c'est la douleur d'oreille. Le tympan présentait anssi un signe spécial : il avait l'aspect d'un nuage orageux, il était foncé sur reflet.
» Je voyais que ce n'était pas la véritable otite ordinaire. »

M. Boucheron demande quelle était l'acuité auditive du malade.

M. Ménière. — L'audition était réduite au quart de l'audition normale.

M. Boucheron. — Et la trompe, quels signes présentait-elle?

M. Ménière. — Le malade, qui était docteur en médecine, n'a pas voulu que je pousse mon examen plus avant, tant les douleurs étaient intolérables. Je lui ai conseillé les bains locaux de pavot et des sangsues dans le sillon, puis un cataplasme pendant une heure sur la piqûre des sangsues afin de prolonger la saignée.

Le soir, continuité des douleurs violentes et lancinantes avec rémission temporaire et retour de ces souffrances.

M. Boucheron. — Au point de vue de la nature de la membrane qui tapisse la caisse, personne n'a donné la solution de la question. On s'étonne de trouver dans la caisse des phénomènes qui se rapprochent de ceux que l'on observe du côté des séreuses. Les otologistes prétendent que c'est une séreuse, les anatomistes disent le contraire.

Les synoviales ont des cellules qui sécrètent la mucine et la membrane de la caisse possède aussi des cellules sécrétant du mucus. Il y a des cils vibratiles à ces cellules mucipares, il n'y en a pas à celles des synoviales; mais il y a un point de rapprochement entre les séreuses et le tympan, c'est la sécrétion du mucus.

M. Moura dit que ce sont les articulations des osselets qui peuvent être le point de départ de tous ces phénomènes. Quant à la question des muqueuses et des séreuses, ce n'est pas le moment de l'entamer, on pourrait la renvoyer à une autre séance.

M. Gellé croit que l'opinion rapportée par M. Boucheron est une vieille idée. Il est plus important de se rappeler que c'est une muqueuse-périoste; c'est pour cela que le rhumatisme se jette sur la caisse, et il n'est pas étonnant qu'il ne s'y fixe pas. Les otites rhumatismales suppurent beaucoup.

M. Boucheron prétend que c'est parce que la caisse est ouverte, comme dans toute articulation qui présente un tel état.

M. Delie fait remarquer que la malade de M. Gellé n'est pas restée sourde et que le diagnostic de *vertige de Menière* n'est

peut-être pas exact, car, à l'étranger, on ne donne ce nom qu'à l'apoplexie du labyrinthe, tandis que la malade de M. Gellé n'a eu, semble-t-il, que de la congestion.

M. Ménière. — On a, en effet, improprement dénommé sous le nom de vertige de Ménière une maladie qui forcément se terminait par la perte de l'ouïe. Dans ces cas très nombreux, il y en a eu beaucoup qui, avec le cortège des syndromes de Ménière, se sont terminés par la guérison relative; on peut dire même qu'il n'est pas rare de constater 60 à 70 p. 100 de guérison. Il n'est donc pas exact de dire que cette maladie est caractérisée par des bourdonnements, du vertige, des vomissements et la perte de l'ouïe. M. Ménière s'inscrit en faux contre l'opinion de M. Guye, qui veut appliquer le mot de maladie de Ménière à tous les vertiges auriculaires; il faut dire, dans ce cas, vertiges auriculaires.

Sur la demande de plusieurs membres, la question du vertige est remise à une discussion ultérieure.

M. le Dr Blanc, de Lyon lit ensuite un mémoire sur les kystes du larynx. (1).

DISCUSSION.

M. Cadier. — A côté des kystes volumineux, il arrive que, croyant avoir affaire à un polype muqueux, on vide le kyste, comme cela m'est arrivé deux fois, en voulant le saisir avec une pince; du reste le diagnostic est impossible, car on ne peut constater la fluctuation.

M. Blanc dit que c'est ce qui arrive ordinairement; quant au traitement il donne la préférence à la galvano caustie.

M. Moura donne aussi la supériorité à cette méthode.

M. Prat demande si l'examen du contenu du kyste a été pratiqué.

M. Blanc répond que ce que le galvano-cautère a pu ramener était dans un état qui ne permettait pas l'examen; et, comme la famille n'a plus voulu que l'on introduisît aucun instrument dans le larynx de la jeune fille, il a été impossible de faire l'examen du contenu du kyste.

(1) Ce travail a été publié dans le dernier numéro de la *Revue*, n° 11, 1883.

Contribution à l'étude des maladies de la cavité naso-pharyngienne ; des végétations adénoïdes, par le Dr J. Baratoux. (1).

DISCUSSION.

M. Delie est aussi d'avis de ne jamais opérer les végétations adénoïdes sans les avoir vues préalablement. Il est d'avis de chloroformiser les enfants. Il introduit alors le doigt dans le pharynx et écrase ces tumeurs.

M. Cadier ne croit pas que la rhinoscopie postérieure soit aussi facile qu'on vient de le dire, surtout chez les arthritiques, les fumeurs et les buveurs.

M. Moura dit qu'en effet il arrive parfois que chez les grandes personnes, on ne peut pas faire cet examen; mais chez les enfants, il n'en est pas ainsi : on peut les examiner par cette méthode d'exploration.

M. Delie fait remarquer que l'on trouve des adultes avec le nez effilé et avec arrêt de développement du maxillaire supérieur ; la hanche horizontale du maxillaire inférieur est proéminente ; ces malades ont eu des végétations adénoïdes, comme il a pu l'observer cinq ou six fois. Quant à la rhinoscopie postérieure, il l'a toujours pratiquée avec succès; une seule fois, il lui est arrivé de ne pas voir la cavité naso pharyngienne, il s'agissait d'un vieux buveur. Quant aux enfants, surtout ceux qui ont des végétations adénoïdes, cet examen n'offre pas de difficultés sérieuses.

Viennent enfin d'intéressantes communications de MM. Moura-Bourouillou, sur la déglutition (1) ;

Du Dr Moure, de Bordeaux, sur un cas de fracture probable des osselets de l'ouïe par violence indirecte (2) ;

Du Dr Schiffers, de Liège, sur la présentation d'un cartillage aryténoïde rendu par un malade atteint de fièvre typhoïde (3) ;

Du Dr Gellé, de l'angine chronique rhumatismale.

Vu l'heure avancée, la discussion de ce travail est renvoyée à la séance suivante.

(1) Voir page 353.
(2) Sera publiée dans le prochain numéro.
(3) Voir page 363.

Sur la demande des Membres présents, vu le nombre des communications présentées dans cette séance, le Comité décide qu'une réunion supplémentaire aura lieu le 20 décembre prochain.

Le Secrétaire,
J. BARATOUX.

Revue Bibliographique.

Des formes cliniques de la tuberculose larygée ; pronostic et traitement ;

par le Dr DUCAU.

M. le Dr Ducau, mettant à profit les recherches récentes sur la tuberculose laryngée et les observations nombreuses qu'il a recueillies à la clinique du Dr Moure, de Bordeaux, a pris pour sujet de thèse inaugural le pronostic et le traitement de cette affection.

Après avoir fait l'historique de cette maladie, M. Ducau admet, comme la plupart des auteurs dont il passe les opinions en revue, qu'il existe une tuberculose laryngée primitive et une tuberculose secondaire; puis il propose d'admettre 3 périodes principales dans chacune de ces divisions : 1° période d'infiltration; 2° période d'évolution; 3° période de terminaison.

M. Ducau critique les classifications proposées jusqu'à ce jour et propose de les remplacer par une division basée sur l'évolution de la maladie ; c'est ainsi qu'il décrit les formes aiguë, subaiguë et chronique.

I. *Forme aiguë.* — Elle frappe l'âge adulte de 18 à 30 ans. *a.* Période d'infiltration : catarrhe du larynx à début brusque, pâleur de la muqueuse suivie souvent de rougeur de la muqueuse aryténoïdienne, des cordes, de la face laryngée de l'épiglotte, des bandes verticulaires et des replis ary-épiglottique. S'il y a tuméfaction de la région aryténoïdienne, il faudra craindre la pthisie laryngée ; s'il y a aspect velvétique, la tuberculose sera presque certaine. L'épithélium tombe et fait place aux érosions.

b. Période d'évolution; elle est caractérisée par les ulcérations et le gonflement.

c. Période de terminaison, dans laquelle les tissus sont détruits par les ulcérations rongeantes; les cartilages sont atteints, nécrosés et éliminés; le larynx tout entier suppure. Cette période ne dure que quelques semaines.

A ces périodes correspondent les troubles fonctionnels caractérisés par de l'enrouement, de la toux, de l'expectoration muco-purulente au début, puis la voix devient rauque, raboteuse, il se produit de la dysphonie; la voix est alors quinteuse, sourde ou étouffée, l'expectoration purulente. Le malade a de la dysphonie, les douleurs auriculaires, dans les cas de rétrécissement de la glotte, le cornage, la dyspnée et les accès de suffocation se font sentir. Enfin, à la dernière période, la voix est perdue, la toux constante, la dysphagie est très prononcée.

A cette forme aiguë se rattache la *tuberculose* miliaire, caractérisée par l'apparition dans divers points du larynx de petites saillies arrondies, demi-transparentes qui, isolées au début, deviennent rapidement confluantes, se caséifient et suppurent pour faire place à des ulcérations qui ne tardent pas à envahir tout l'organe.

II. *Forme subaiguë.* — Cette forme a une marche progressive avec alternative d'exacerbations et de répits.

Les premières lésions restent assez longtemps stationnaires; elles ne diffèrent pas des signes du catarrhe ordinaire; cependand la région aryténoïdienne est rouge foncé, un peu tuméfiée. puis surviennent les érosions, ensuite les ulcérations différentes des ulcérations syphilitiques ou scrufoleuses en ce que celles-ci ne s'accompagnent jamais de gonflement des parties voisines; la suppuration s'établit dans tout le larynx, qui n'offre plus qu'un bourgeon charnu. Dès que ces colorations sont constituées, il est rare que la phtisie pulmonaire ne marche pas d'une manière progrsssive vers sa période ultime. La mort arrive en 10 ou 12 mois.

III. *Forme chronique.* — On l'observe chez l'adulte, vers l'âge de 35 à 45 ans. Sa durée est de plusieurs années, elle peut parfois se terminer par la guérison.

A. *Période d'infiltration;* elle vient sournoisement; au début décoloration, de la muqueuse du palais, du pharynx et du la ynx avec fréquentes tuméfactions de la région aryténoidienne

qui devient rouge. Aspect velvétique de la commissure postérieure.

B. *Période d'évolution.* — Œdème des replis aryténo-épiglottiques, granulationsjaunâtres sur la muqueuse aryténoidienne, sur les cordes vocales et sur la face inférieure de l'épiglotte, les granulations s'ulcèrent, leurs bords s'hypertrophient, l'épiglotte prend l'aspect chassieux, les cordes vocales sont grisâtres, à bords déchiquetés, avec sallies végétantes.

C. *Période de terminaison.* — L'épiglotte peut être détruit par l'ulcération, les articulations crico-aryténoïdiennes s'ankylosent, les cordes sont complètement désorganisées, les bandes ventriculaires sont ulcérées avec œdème de l'épiglotte et des aryténoïdes.

Les troubles particuliers déjà décrits sont en rapport avec les lésions.

Pronostic. — Un certain nombre d'auteurs ne croient pas à la guérison de la phtisie laryngée ; mais le grand nombre est d'un avis opposé. Le Dr Ducau dit que la curabilité est possible, non pas dans la forme aiguë ou miliaire, mais dans la forme chronique ; quant à la forme subaiguë, le mal peut être enrayé quelquefois dans sa marche; dans ce cas elle devient chronique. L'âge du malade, l'hérédité, la profession, le climat, ont une influence sur la marche de la maladie.

Traitement. — Outre le traitement général, le médecin doit avoir recours au traitement local :

1° Traitement prophylactique;
2° Révulsifs cutanés;
3° Applications topiques;
4° Moyens chirurgicaux.

C'est sur les applications topiques que M. Ducau s'étend principalement.

Après avoir donné l'opinion d'un grand nombre d'auteurs relativement aux attouchements caustiques et astringents, il les repousse en général, ainsi que les insufflations de poudre ; les gargarismes peuvent être employés dans les cas d'ulcérations extra-laryngées de l'épiglotte par exemple. Les pulvérisations n'ont pas l'inconvénient des médications précédentes ; aussi les préfère-t-il : l'acide phénique, la créosote, etc. M. Ducau passe en revue les principaux médicaments employés et rejette le nitrate d'argent et les sulfureux, ce dernier déterminant en général une poussée inflammatoire dont il est souvent impossible de mesurer la portée.

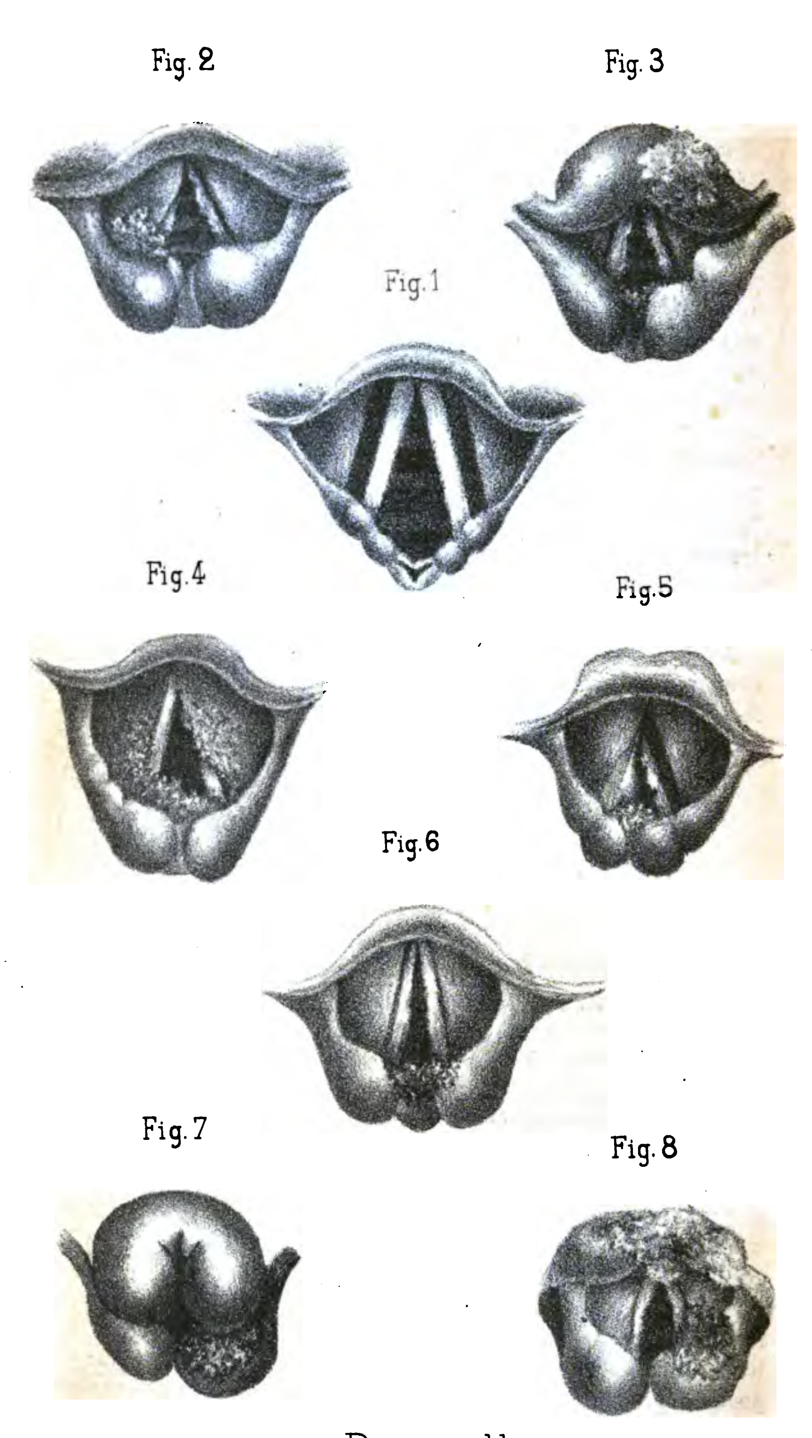


Planche. II.

Quant aux scarifications, à la dilatation du larynx, il n'en est pas partisan. La trachéotomie peut être utile dans certains cas, mais seulement pour empêcher l'asphysie.

Cette thèse, bien étudiée, nous donne l'état actuel de la question au point de vue de la classification du traitement. L'auteur se montre d'une prudence extrême, relativement aux applications topiques du larynx, qui souvent ne font qu'aggraver les lésions. On voit que M. Ducau a fait plus que d'étudier les écrits de ses prédecesseurs, il les a discutés en connaissance de cause, et de plus a montré que la phtisie laryngée ne sortait pas de la règle nosologique, qui admet deux formes principales dans toutes les maladies : l'une aiguë, l'autre chronique. Aussi croyons-nous qu'elle sera lue avec intérêt non seulement par les médecins s'occupant spécialement des affections du larynx, mais encore par tous ceux que la phtisie intéresse.

Deux planches accompagnent ce travail, et nous reproduisons ici l'une d'elles, qui reproduit les différents types de l'affection tuberculeuse du larynx.

J. BARATOUX.

Revue de la Presse

De la tuberculose du voile du palais; par les Drs GUTTMANN et LUBLINSKI. — Sur 3 à 400 tuberculeux que Guttmann a l'occasion d'observer tous les ans, un pour cent seulement est atteint de tuberculose du voile du palais et ses annexes. Lublinski qui a, comme assistant de la policlinique de l'Université, examiné pendant 5 ans 16,000 malades annuellement, n'en a rencontré que dix cas; cependant 20 p. 100 de tous ces malades étaient atteints de maladie des voies respiratoires; et c'étaient toujours chez des malades chez lesquels la tuberculose des poumons et du larynx était très avancée qu'il rencontra cette affection.

A la remarque qu'il est probable que bien des cas passent inaperçus, Guttmann oppose que ce n'est guère possible, vu les grandes souffrances causées par cette affection, surtout par la déglutition.

Quant à l'étiologie de la maladie, les deux auteurs se rallient à l'opinion émise par Rindfleisch, que la tuberculose du larynx est occasionnée par des crachats qui se répandent le long de la trachée sur le larynx, et ainsi en suite sur le voile du palais. Comme infection primitive (Isambert), l'affection n'existe pas. (*Deutsche Medicinal Ztg.*, n° 19, 1883.)

L. B.

De l'amygdalite infectieuse; par M. LANDOUZY. — Dans une leçon fort intéressante, M. Landouzy fait une étude de l'amygdalite infectieuse, à l'occasion d'une malade entrée à la Charité pour un mal de gorge d'aspect franchement inflammatoire, au cours duquel s'est révélée une albuminurie rétractile notable et bien constatée par les réactifs.

L'intérêt de ce fait réside précisément dans la juxtaposition du mal de gorge et du mal de reins. Or, dans cette juxtaposition, il faut voir autre chose qu'une coïncidence et chercher si l'amygdale et le rein ne témoignent pas chacun à leur manière d'une même imprégnation. Il est de fait que mal de gorge et mal de reins semblent émaner d'une commune origine et n'apparaître que comme une double localisation au cours d'une seule et même maladie dont il reste à trouver la nature. La preuve en est dans ce fait qu'en dehors du trauma, les angines n'existent pas en tant que maladies locales. Quelle est donc la nature de cette angine? Pour la dégager, il y a deux procédés : l'un consistant à rechercher s'il y a eu quelque travail exanthématique ou énanthématique qui, par ses caractères, puisse être comparé aux lésions de la gorge; l'autre, toute préoccupation des caractères morphologiques de la phlegmasie gutturale mise à part, consistant à rechercher des préexistences ou des coexistences pathologiques. Tous deux ont été négatifs. Cependant, étant donné que l'on a été en présence d'une albuminurie rétractile, c'est-à-dire d'une albuminurie d'essence néphrétique et non d'essence dyscrasique, ici amygdalite et néphréte sont l'expression polymorphe d'une même infection, au même titre que l'énanthème guttural et l'érythème cutané sont des manifestations de la scarlatine.

Ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on révèle la coïncidence d'un état général grave ou de l'albuminurie au cours ou au déclin d'une angine réputée franchement inflammatoire. Il n'en est pas moins vrai que ce n'est que récemment que l'on a songé

à se demander le pourquoi et le comment de ces coïncidences, et c'est la reconnaissance de cette soi-disant complication rénale qui a porté MM. Bouchard et Kannenberg à ranger certaines angines hors-cadre dans le groupe, chaque jour élargi et mieux rempli, des maladies infectieuses. La croyance du professeur Bouchard et de Kanneuberg à une maladie infectieuse et rénale repose, dit M. Landouzy, sur l'examen de faits patiemment suivis, sur l'interprétation d'observations dans lesquelles l'angine s'est montrée, non-seulement avec l'appareil symptomatique général des maladies infectieuses, mais encore la néphrite qui l'accompagnait s'est révélée néphrite infectieuse. C'est le cas de trois angineux vus par Kannenberg, chez lesquels il a observé des micrococcus, dans les cylindres et les cellules épithéliales, ainsi que dans l'urine à l'état libre. C'est le cas des malades de M. Bouchard, et notamment d'un homme dont l'autopsie a pu être faite. C'est enfin le cas d'un garçon coiffeur, soigné à l'Hôtel-Dieu par M. Landouzy. Aussi ce dernier croit-il, avec M. Bouchard, à la nécessité de décrire, sous le nom d'amygdalite infectieuse, certains syndromes se présentant avec la physionomie et les allures qu'ils ont eus chez sa malade. C'est un bon moyen d'éviter des erreurs de diagnostic et de pronostic, et de se rendre un compte exact de symptômes alarmants, d'états généraux graves, de convalescences longues ou accidentées au lendemain d'un simple mal de gorge.

Mais si l'étiologie infectieuse de certaines angines semble affirmée par les faits, il reste à déterminer la pathogénie de l'amygdalite infectieuse. Or, le contage peut pénétrer par des voies diverses, et Kannenberg s'est demandé si l'amygdalite ne serait pas une simple lésion de décharge qui se ferait dans le tissu amygdalien, par une sorte de diapédèse bactéridienne. D'un autre côté, est-ce que l'amygdale ne pourrait pas servir de porte d'entrée à l'infection, tout comme dans certains érysipèles de la face une vésicule eczémateuse ouvre la porte à l'exanthème infectieux? Voilà ce que permettent de supposer la situation et la structure même de l'organe. Il y a une chose bien certaine, c'est la fréquence des fièvres amygdaliennes et des abcès tonsillaires chez certains sujets jeunes et lymphatiques prédisposés par leur âge, leur constitution, le volume et la conformation de leurs amygdales. D'un point de vue général, à égalité de contage, la gorge

d'un enfant est bien autrement ouverte à l'infection que celle d'un adulte ou d'un vieillard.

La constitution des amygdales et les affinités morbides de la plupart des agents infectieux pourraient expliquer peut être les aptitudes dites *constitutionnelles* en vertu desquelles certaines personnes, certaines familles même, ont la spécialité des angines graves à répétition et récidivant peut-être par germination tonsillaire autochtone.

Toutes ces questions de pathogénie des angines, pour n'être pas solubles à l'heure présente, ne demeurent pas moins des hypothèses qui ont l'avantage d'amener à une médication dont le but est de prévenir les malades, soit contre la localisation angineuse au cas où l'infection serait entrée par une porte autre que la gorge, soit contre la possibilité d'une nouvelle infection directe. Cette indication réside dans la destruction de l'amygdale par l'ignipuncture avec le cautère Paquelin. En outre, l'emploi de l'acide salicylique et de l'acide phénique, du premier surtout, l'emploi du benzoate de soude en potion et en topique, comme l'ont recommandé Klebs et Kannenberg, répond au traitement de l'angine infectieuse tant à son acmé qu'à son déclin, de manière à poursuivre les contages qui pourraient rester dans le tissu amygdalien et faire un jour ou l'autre nouvelle éclosion. (*Le Progrès Médical*, nos du 4 et du 11 août 1883.)

Atrésie du maxillaire supérieur produite par les végétations adénoïdes du pharynx. — La communication de M. le Dr Th. David (de Paris) peut se résumer dans les propositions suivantes;

1° Les végétations adénoïdes qui se développent fréquemment dans la cavité naso-pharyngienne de l'enfant, se révèlent à l'extérieur par un aspect particulier de la face.

2° Cette modification de la physionomie est caractérisée par l'ouverture permanente de la cavité buccale, l'allongement de la face, l'affaissement des joues, par suite, la saillie des pommettes, la projection en avant de la région incisive supérieure, etc.;

3° Anatomiquement, cette modification consiste essentiellement dans une déformation du maxillaire supérieur. Cet os est aplati transversalement dans sa partie buccale. La parabole alvéolo-dentaire ne conserve plus sa forme ni ses

dimensions. Les parties latérales sont rentrées au point de diminuer quelquefois de moitié son diamètre transversal (atrésie). Par contre, la profondeur de la voûte palatine est exagérée. Ainsi constituée, étroite et profonde, la voûte ne peut plus recevoir dans certains cas même la pulpe du petit doigt;

4° Les dents, au contraire, conservant tout leur volume, ne trouvent plus une place suffisante. Elles ne peuvent que se ranger irrégulièrement en dedans ou en dehors de l'arcade. Mais le plus souvent elles se projettent en masse en avant, déterminant ainsi une saillie considérable de toute la rangée antérieure. Les incisives et les canines, ne se trouvant plus en rapport avec leurs congénères inférieures, s'allongent, sortent de la bouche et arrivent à couvrir la lèvre inférieure;

5° Cette conformation particulière de la voûte palatine et de l'arcade dentaire a reçu déjà diverses interprétations. On s'accorde généralement à lui donner une signification ethnologique : quelques auteurs y voient un signe de distinction, d'autres, au contraire, un signe d'infériorité de race;

6° M. Th. David pense qu'il y a une corrélation directe entre cette modification et la présence des végétations dans le pharynx. Ces dernières gênent, empêchent même la respiration nasale. La voûte palatine, encore en voie de développement (première et deuxième enfances), et de plus ramollie, comme on le constate généralement dans les cas de végétations adénoïdes de cette région, aussi bien chez les enfants que chez les adultes, doit subir sur sa face buccale une pression constante qui la déprime et lui donne cette forme particulière de gouttière rétrécie. (*Congrès de Rouen*, XII[e] session, 1883.)

Corps étranger des fosses nasales chez un jeune enfant. Noyau de cerise; par M. Desprès. — Un enfant de trois ans s'est introduit un noyau de cerise dans la narine gauche. M. Desprès recommande, en pareil cas, de ne pas repousser le corps étranger, qui pourrait tomber dans le larynx et nécessiter la trachéotomie, mais bien de l'extraire à l'aide de la curette articulée de Le Roy d'Etiolles; ce qui fut fait avec une extrême facilité. (*Gazette des hôpitaux*, 31 juillet 1883.)

Sur la chorée du larynx. — M. Blachez lit deux observa-

tions relatives à des enfants âgés l'un de dix ans, l'autre de six, d'un caractère gai et non nerveux. M. Blachez conclut à une chorée fruste du larynx, quoiqu'il n'y ait dans l'économie aucun autre symptôme de chorée; tout se limitait à des phénomènes du côté de l'appareil de la phonation, les deux petits malades ayant fréquemment des aboiements très intenses.

La belladone, la valériane, le bromure de potassium, l'hydrothérapie n'eurent aucun succès chez le premier malade; seul, le chloral amena la guérison. Il est vrai qu'à cette même époque le petit malade eut un peu de rhumatisme avec un mouvement de fièvre qui peut n'avoir pas été étranger à la disparition des spasmes. Chez le second, âgé de six ans, le bromure de potassium suffit. (Académie de Médecine, séance du 16 octobre 1883.)

Du goître rétro-pharyngo-œsophagien; par C. Kauffmann. — La littérature en contient neuf cas, dont un seul ne représente qu'un goître peu développé, les autres sont des goîtres établis dans les coins postérieurs de la glande thyroïde; ces derniers sont formés par la simple continuation des lobes latéraux se dirigeant du pôle supérieur en arrière et en dedans pour se placer en arrière du pharynx et de l'œsophage, généralement au point où se fait la réunion de ces organes.

Le goître était bilatéral dans deux cas, unilatéral dans quatre; cinq fois à droite, six fois à gauche. C'étaient des tumeurs de la grosseur d'une prune ou d'une pomme, placées entre le constricteur inférieur ou la paroi postérieure du pharynx et la colonne vertébrale, faciles à décoller. La portion reliant la corne postérieure au lobe latéral a l'épaisseur d'un doigt et se trouve au niveau de l'entrée du larynx on plus haut; pas de vaisseaux spéciaux, alimentation par la thyroïdienne supérieure.

La nature des tumeurs était bénigne, kystes ou tumeurs solides.

Dans deux cas, il n'y avait aucun symptôme; dans les autres, on avait recours au médecin à cause des difficultés de respiration et de déglutition; il y eut même des accès de suffocation.

Le diagnostic du goître rétro-pharyngo-œsophagien bilatéral est facile. Il en est de même du goître unilatéral, dans les

cas où on peut voir par la bouche une tumeur; celle-ci est lisse, la muqueuse qui la recouvre est normale et monte au moment de la déglutition. Le point sur lequel l'auteur insiste, c'est qu'on peut déplacer cette tumeur avec le doigt vers un côté, celui seulement vers le lobe latéral auquel elle est reliée.

La différence entre le goître et les abcès chroniques et autres tumeurs rétro-pharyngiennes indépendantes se manifeste pas l'impossibilité de déplacer ces dernières et leur immobilité dans l'acte de la déglutition.

Pour extirper ces néoplasmes, on fait une incision au-devant du muscle sterno-mastoïdien; la ligature de l'artère thyroïdienne supérieure pousse la tumeur par le pharynx vers la plaie; on ouvre sa capsnle par une incision et on la retire; s'il existe en même temps un goître antérieur, on commence par l'extirpation du lobe latéral pour arriver plus facilement à la tumeur postérieure. On s'abstiendra des injections iodurées à cause du danger sérieux auquel le gonflement consécutif peut donner lieu.

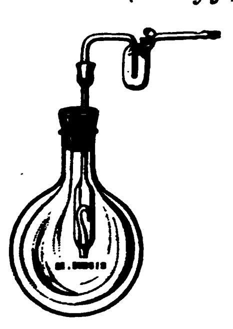
Kauffmann a observé le cas suivant : Une jeune fille de vingt-un ans éprouve depuis trois semaines des difficultés pour déglutir, avec accès de suffocation survenus la veille de la consultation, sans cause particulière. Menstruation régulière; voix un peu rauque, grimaces en avalant; à droite, goître de la grosseur d'un œuf de pigeon. A l'inspection par la bouche, on aperçoit une proéminence de la paroi postérieure du pharynx.

L'exploration avec le doigt révèle l'existence d'une tumeur de la grosseur d'une prune, se déplaçant de bas en haut pendant les mouvements de déglutition et se laissant déplacer. Kauffmann extirpe avec beaucoup de difficultés le goître droit, attire la tumeur pharyngée qui suit facilement et se laisse aussi facilement détacher avec le doigt. Durée de l'opération, trois heures. Guérison complète huit jours après. (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* 1883. *Bd. XVIII*, *Hft* 3 et 4. et *Centralbl. f. Chir.* nº 21, 1883.) L. B.

Nouvel appareil pour les insufflations de chlorhydrate d'ammoniaque.

Cet appareil se compose d'un ballon fermé par un bouchon en caoutchouc percé de deux trous. L'un deux est destiné à

recevoir un tube par lequel arrivera l'air qui devra sortir chargé de chlorhydrate d'amoniaque par l'autre ouverture du bouchon. A cet effet, celle-ci est traversée par un tube en verre élargi à son extrémité inférieure. Dans cette dernière partie s'engage un autre tube recourbé en forme de crosse. Cette disposition fait que l'air, qui du ballon s'engage dans ce tube, ne s'ouvre qu'à la partie supérieure du renflement. La portion du tube en verre, qui sort du bouchon, s'élargit pour recevoir un bouchon à émeri creux qui se termine par un tube venant s'ouvrir dans un petit réservoir portant sur le côté un bouchon et sur une autre de ses parois, un dernier tube en verre auquel on adapte un tube en caoutchouc. *(Voir fig.)*



Dans ce réservoir, on verse de l'acide sulfurique par l'ouverture latérale; c'est le flacon laveur. Le ballon contient de l'acide chlorhydrique; le tube en verre traversant le bouchon en caoutchouc renferme de l'amoniaque qui, grâce à la disposition de la partie recourbée en crosse, ne peut tomber dans le flacon extérieur contenant l'amoniaque.

Il est facile de voir que l'air arrivant dans le ballon se charge d'acide chlorhydrique qui, ne trouvant qu'un seul orifice de sortie, arrive au tube élargi par le tube en crosse, ou au contact de l'amoniaque, forme du chlorhydrate d'amoniaque, qui passe par le flacon laveur, contenant l'acide sulfurique, pour sortir par le tube en caoutchouc, que l'on adapte au catheter préalablement introduit dans la trompe d'Eustache.

Cet appareil peut être adapté soit à l'appareil de Bonnafont, soit à celui de Miot, soit à celui de M. Dubois, que nous avons fait disposer à trois branches. Ce dernier appareil se fixe au mur.

J. Baratoux.

Le propriétaire-gérant, Dr E. J. Moure.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER, rue Cabirol, 16.

TABLE DES AUTEURS

TOME III
1883

	Pages.
Ariza. La trachéotomie dans la tuberculose laryngée.	91
Ariza. Second exercice de l'hôpital de la Princesse.	131
Asch. Un cas de mort subite après la trachéotomie	275
Auffrey. Carie du rocher; Destruction du facial; Altération du cervelet...	157
Baratoux. De l'audition colorée	65
Baratoux. Syphilis, nécrose des os du nez, expulsion de la partie centrale du sphénoïde	225
Baratoux. De la syphilis de l'oreille.....290	332
Baratoux. Nouvel éclairage électrique	349
Baratoux. (J). Contribution à l'étude des maladies de la cavité naso-pharyngienne	353
Baratoux. Nouvel appareil pour les insufflations de chlorhydrate d'ammoniaque	383
Bayer. L'accumulateur Faure et la galvano-caustie.	70
Beverley - Robinson. Laryngite tuberculeuse, valeur de la trachéotomie..	214
Beverley - Robinson. Des complications auriculaires conséquences de l'inflammation du nez et de la gorge	274
Beverley - Robinson. Dérivation de la cloison du nez, tumeurs adénoïdes du pharynx	313
Blachez. Sur la chorée du larynx	381
Blanc. Des kystes du larynx	324
Bosworth. Paralysie des constricteurs du pharynx simulant un rétrécissement de l'œsophage.	251
Bowditch. Recherches expérimentales sur la tension des cordes vocales.	274

Pages.

BOUCHUT. Maladie de Ménière par otite aiguë catarrhale.................... 251

BOUCHUT. Névroses avec vertiges, folie, paralysie, convulsions épileptiformes produites par les maladies de l'oreille interne chez les enfants........... 347

BRESGEN. Pathologie et thérapeutique du catarrhe chronique du nez et du pharynx..................... 121

BRIAUD. Congestion laryngienne d'origine paludéenne......................... 185

BRIEGER. De la paralysie des récurrents.................. 285

BRUNS. Nécrologie............ 159

BRUNSWISH. Du pneumatocèle du crâne............... 83

BRYSON-DELAVAN. Epithélioma primitif de l'amygdale......................... 117

BRYSON-DELAVAN. Hypertrophie des cornets considérée au point de vue pratique...................... 120

BRYSON-DELAVAN. Deux points sur l'anatomie des lacunes des amygdales.. 275

BUCK. Ostéite condensante de l'apophyse mastoïde.. 221

CARDLE. Gonflement de la cloison du nez............. 123

CHIARI. Monstruosités rares, chez un enfant né avant terme................. 92

CHVOSTECK. Luxation complète d'un cartilage aryténoïde tout entier dans le larynx avec sténose laryngée consécutive...... 309

CLADON. Epithélioma de l'amygdale, ablation, résection du maxillaire inférieur..................... 118

COUPARD. Disposition singulière de la partie laryngienne du thyroïde. Ventricule supplémentaire du larynx..................... 74

COUPARD. Tumeur sanguine de la corde vocale inférieure gauche............... 211

CZERNY. Extirpation du larynx........................... 59

DAGAUD. Sortie d'un lombric par le conduit auditif d'un enfant.................. 255

DALBY. Coups sur l'oreille. 121

DARTIGOLLES. Contribution à l'étude de l'abcès souslingual......................... 193

DAVID. Contribution à l'étude de l'herpès du larynx..... 76

DAVID. Atrésie du maxillaire supérieur produite par des végétations adénoïdes du pharynx......... 380

DÉJÉRINE. Des lésions bulbaires chez les ataxiques à crises laryngées......... 215

DEMONS. Du spray phéniqué dans le croup................ 188

DESPRÈS. Corps étrangers des fosses nasales chez un jeune enfant............. 381

DIGNAT. Tuberculose laryngée, nécrose et expulsion d'un aryténoïde, exostose du cricoïde ayant formé une épine osseuse et perforé l'œsophage........239 260

DONALDSON. De la destruction des polypes du nez par l'acide chromique 248

DUCAU. Des formes cliniques de la tuberculose laryngée, pronostic et traitement 374

DUGUET. Muguet de la gorge dans la fièvre typhoïde... 187

DUPONT. Le larynx et le pharynx du sourd-muet. 342

ELLIS (Richard). Surdité consécutive à une contusion cérébrale............. 125

	Pages.
ELSBERG. Phénomènes réflexes occasionnés par les maladies du nez.......	270
ELSBERG. Eversion des ventricules de Morgagni......	281
FERRÉ. Etude sur la crête auditive chez les vertébrés...........................	52
FISHER. Sténose de la trachée occasionnée par des tumeurs malignes..........	213
FLETCHER-INGALS. Du traitement de la phtisie laryngée............................	249
FRANKEL. Du diagnostic de l'ulcère tuberculeux du larynx......................24	284
FREUBERG. Observation de carcinome primitif du cou	315
FRENCH. De la photographie du larynx....................	270
GANGHOFER. Un cas d'aphthongie.......................	191
GELLÉ. Du vertige de Ménière dans ses rapports avec les lésions des fenêtres ovale et ronde........	176
GELLÉ. De l'angine chronique rhumatismale, de son aspect typique et de ses rapports avec les affections de l'oreille et la surdité	364
GESENIUS. Paralysie des dilatateurs de la glotte.....	309
GOTTFRIED SCHEFF. Du développement des kystes dans les sinus nasaux....	216
GOUGUENHEIM. Trois faits d'œdème de la glotte, deux dans le cours d'une phtisie aiguë et un dans celui d'une phtisie chronique.......... 345	346
GRUMMACH. Traitement du goître à l'aide d'injections parenchymateuses d'arsenic..........................	90
GRUBER. Maladies de l'oreille traitées dans l'année 1881 16	33
GUERDER. Manuel des maladies de l'oreille............	48
GUINIER. Du rôle de la portion libre de l'épiglotte et des fossettes glosso-épiglottiques...............	166
GUTTMANN et LUBLINSKI. De la tuberculose du voile du palais..................	377
HACK. Des excoriations superficielles de la langue.	61
HACK. Les névroses d'origine réflexe et les affections nasales................	85
HACK. Spasme respiratoire et spasme phonique de la glotte..........................	88
HACK. Observations relatives à la rhinochirurgie	314
HALSARZT. Du traitement de la tuberculose laryngée.	181
HARRISSON ALLEN. Asymétrie des cavités nasales sans déviation de la cloison............................	272
HELOT. Photophore électrique	157
HERING. Fibromes de la paroi postérieure du larynx, périchondrite aryténoïdienne........................	286
HOADLEY GABB. Epistaxis, hémorrhagie par le canal lacrymal.....................	155
JACQUEMART. Fracture du rocher	252
JACQUEMART. Deux cas de polypes des fosses nasales. Un cas de pseudo-polype........................	343
JARVIS. De la guérison des ulcères dans la tuberculose laryngée...............	250
JARVIS. Amygdalotomie sans hémorrhagie................	303

Pages.

Johnson. Tumeurs congénitales du larynx.............. 270

Jokolowski. Deux cas de sténoses syphilitiques du larynx......................... 278

Kauffmann. Du goître rétro-pharyngo-œsophagien.... 382

Keeling. Enclavement d'un corps étranger dans les voies aériennes, trachéotomie, guérison........... 187

Knapp. Du traitement des polypes de l'oreille....... 255

Knight. Chorée du larynx.. 249

Koch. Corps étranger siégeant à la bifurcation de la trachée.................... 141

Krishaber. Nécrologie...... 158

Landouzy. De l'amygdalite infectieuse.................. 378

Langmaid. Sur une forme commune d'impuissance vocale due à des processus pathologiques......... 247

Lauga (J.). Paralysie isolée du muscle ary-aryténoïdien.......................... 104

Lecointre. Etude sur la paralysie isolée du muscle ary-aryténoïdien.......... 75

Lefferts (G.). Nouveaux faits en laryngologie...... 246

Lefferts (G.). De la question de l'hémorrhagie après l'amygdalotomie.... 306

Lincoln. Du résultat du traitement des polypes naso-pharyngiens................ 272

Lœwenberg. Des déviations de la cloison nasale....... 217

Lowe. Epilepsie produite par l'hypertrophie de la muqueuse nasale......... 84

Lucas-Championnière. Chéloïdes cicatricielles. Tumeurs volumineuses des oreilles....................... 28

Pages.

Lucas-Championnière. Déchirures multiples du lobule de l'oreille. Autoplastie........................ 220

Mader. Du croup des bronches et de son rapport avec le pemphigus des muqueuses.................. 89

Massei. De la pilocarpine dans le traitement de la diphtérie..................... 156

Masucci. Du régime diététique à l'état pathologique............................ 51

Maydl. Un cas d'extirpation du larynx.............. 307

Mayer. De la valeur des papillomes rétro-laryngiens comme moyen de diagnostic de la tuberculose........................... 275

Ménière. Rhumatisme articulaire aigu à début auriculaire..................... 321

Miot. Surdité réflexe, guérison.......................... 257

Morgan. Tumeurs pharyngiennes....................... 275

Mormiche. De l'adénome du voile palatin................ 347

Moura-Bourouillou. Mémoire sur l'anche vocale 281

Moura-Bourouillou. Répertoire clinique des maladies du larynx et de la gorge.......................... 300

Moure (E. J.). Otite moyenne aiguë, paralysie faciale concomitante, guérison... 97

Moure (E. J.). Sur un nouveau cas de laryngite sèche avec amas de mucosités simulant un pont membraneux du larynx; paralysie nerveuse concomitante.................... 161

Moure (E. J.). Du pronostic et du traitement de la tuberculose laryngée...... 229

	Pages.
MOURE (E. J.). Sur un cas de langue noire................	276
MOURE (E. J.). Laryngite chronique; poussées congestives au moment de l'apparition des règles	300
MUNN. Un cas mortel de laryngite striduleuse........	31
NEUMANN. Des sténoses trachéo-bronchiques chez l'enfant........................	60
NEUMANN. Manifestation des premiers symptômes de la syphilis dans le larynx	130
NOQUET. Syphilis héréditaire tardive...............	132
PASQUIER. Symptômes d'hyperhémie cérébrale produits par un corps étranger du conduit auditif....	316
PAULSER. L'anesthésie du larynx par la méthode de Türck-Schrötter...........	312
PEPPER. Hémorrhagie de la gorge après la scarlatine, ligature de la carotide primitive....................	120
PERCY KIDD. Syphilis congénitale du larynx...........	123
PICQUÉ. Abcès froid péri laryngien simulant un kyste médian du cou............	91
POMEROY. Du diapason comme élément de diagnostic des maladies d'oreille....	92
PORTER. Paralysie laryngienne suite d'anévrysme	270
POYET. Manuel pratique de laryngoscopie et de laryngologie......................	149
ROÉ. L'asthme des foins et son traitement............	279
ROSE. De l'opération radicale des polypes laryngiens..........................	283
RUAULT. Fibromes du lobule de l'oreille...........	191
RUCKEST. Etude sur la morphologie du larynx...	145
RUMBOLD. De l'aspet de la muqueuse du nez et de la gorge à l'état de maladie chez les adultes	306
SCHÆFFER (Max). Quatre cas tirés de la pratique.......	182
SCHIFFERS. Contribution à l'étude du cancer du larynx..........................	1
SCHIFFERS. Présentation d'un cartilage aryténoïde nécrosé et rejeté pendant la vie..........................	363
SCHRÖTTER. Cicatrices retronasales formant une membrane........................	57
SCHÜLLER. De l'empêchement de la pneumonie par ingesta, dans les opérations du larynx.............	313
SEILER (Carl). Maladies du nez et du palais............	88
SEILER. Nouveaux instruments pour le traitement des affections du larynx et du nez....................	189
SEMON. Carcinome de l'œsophage chez un goîtreux. Paralysie des dilatateurs de la glotte, trachéotomie, hémorrhagie rétro-trachiale, mort.................	115
SEMON (Félix). Quelques remarques sur la communication du professeur Sommembrodt sur un cas de paralysie traumatique du récurrent.....................	185
SEXTON (Samuel). Syphilides tuberculeuses sur l'oreille........................	124
SMITH (Andrew). Adhérence du voile du palais au pharynx..................	276
SMITH (Lewis). Œsophagite des enfants à la mamelle.........................	189
SOLIS COHEN. De la tuberculose dans ses manifestations du côté du larynx..........................	179

	Pages.
SOLIS COHEN. Tyrotomie pour un cas de polype, épithélioma dans la cicatrice sans lésion de l'intérieur du larynx..........	273
SOLIS COHEN. Eversion des ventricules de Morgagni.	280
TRÉLAT. Polypes des fosses nasales........................	30
TRÉLAT. Tumeurs sarcomateuses des fosses nasales	156
TURNBULL. De la paralysie du nerf facial dans ses rapports avec les maladies de l'oreille.............	303
TURNBULL. Du tintement d'oreille et de la surdité qui accompagne les différentes formes de maladies de Bright...............	305
VOLKMANN. Du carcinome profond du cou d'origine branchiale....................	60
VOLKMANN. Du traitement chirurgical de l'ozène....	216
VOLTOLINI. Inflammation aiguë du labyrinthe membraneux prise par erreur pour de la méningite cérébro-spinale épidémique.	77
VOLTOLINI. Fourchette laryngée pour l'extirpation des néoplasmes du larynx	310
VULPIAN. Troubles de la motilité produits par les lésions de l'appareil auditif..............................	93
WAGNER (Clinton). De l'odorat au point de vue hygiénique et médico-légal....	272
WEÏSE. Thérapeutique locale des affections du pharynx	59
WHEELER. Trépanation de l'apophyse mastoïde dans les maladies de l'oreille..	125
WILSON. Rupture du tympan occasionnée par l'action de plonger..................	124

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
A	
Abcès froid péri-laryngien simulant un kyste médian du cou, par le Dr Picqué	91
Abcès (Contribution à l'étude de l') sous-lingual, par le Dr H. Daitigolles..	193
Accumulateur (De l') Faure et de la galvano-caustie, par le Dr Bayer............	70
Adénoïdes (Tumeurs); contribution à l'étude des maladies de la cavité naso-pharyngienne, par le Dr J. Baratoux...........	353
Adénome (De l') du voile du palais, par le Dr Mormich...........................	347
Amygdales (Deux points sur l'anatomie des lacunes), par le Dr Bryson-Delavan.	275
Amygdalite (De l') infectieuse, par le Dr Landouzy.........................	378
Amygdalotomie sans hémorrhagie, par le Dr Jarvis..	303
Amygdalotomie (De la question de l'hémorrhagie après l'), par le professeur G. Lefferts...........	306
Anche vocale (mémoire sur l') ou crico-glottique de l'homme, par le Dr Moura-Bourouillou.................	281
Anesthésie du larynx, par la méthode de Türck Schrötter, par le Dr Paulser..............................	312
Angine (L') chronique rhumatismale, de son aspect type et de ses rapports avec les affections de l'oreille et la surdité, par le Dr Gellé..................	364
Aphthongie (Un cas d'), par le professeur Ganghoffer	191
Aryténoïde (présentation d'un cartilage) nécrosé et rejeté pendant la vie, par le Dr Schiffers.........	363
Association médicale d'Amérique (Section d'otologie et de laryngologie, compte-rendu).............	303
Asthme (L'), des foins et de son traitement, par le Dr Roé..........................	279
Atrésie du maxillaire supérieur produite par des végétations du pharynx, par le Dr David.............	380

Pages.

Audition (De l') colorée, par le Dr J. Baratoux........... 65
Auriculaires (Des complications), conséquence de l'inflammation du nez et de la gorge, par le Dr Beverley-Robinson........ 274

B

Bulbaires (Des lésions) chez les ataxiques à crises laryngées, par le Dr Déjerine........................... 215

C

Cancer du larynx (Contribution à l'étude du) par le Dr Schiffers.............. 1
Carcinome (Observation de) primitif du cou, par le Dr Freuberg................. 315
Carcinome de l'œsophage chez un goîtreux, paralysie incomplète des dilatateurs de la glotte, trachéotomie, hémorrhagie rétro-trachéale, asphyxie, mort, par le Dr Semon (analyse)..................... 115
Carcinome (Du) profond du cou d'origine branchiale, par le Dr Volkmann....... 60
Carie du rocher droit, destruction du facial dans son trajet osseux, altération du cervelet, mort, par le Dr Aufrey........... 157
Catarrhe du nez et du larynx (De la pathologie et de la thérapeutique du) par le Dr Bresgen.......... 121
Cérébrale (Symptômes d'hyperhémie) produits par un corps étranger dans le conduit auditif, par le Dr Pasquier................. 316
Chéloïde cicatricielle. Tumeurs très volumineuses des oreilles, par le Dr Lucas-Championnière......... 28
Chorée du larynx, par le Dr Knight..................... 249

Pages.

Cicatrices de la cavité rétro-nasale formant une membrane, par le professeur Schötter............... 57
Cloison (Gonflement de la) du nez, par le Dr Carl Seiler......................... 123
Cloison du nez (Déviation de la), tumeurs adénoïdes, gêne de la respiration, par le Dr Beverley-Robinson........................... 313
Cloison nasale (De la déviation de la), les difficultés qu'elles apportent au cathétérisme de la trompe d'Eustache, par le Dr Lövenberg...................... 217
Congrès international des sciences médicales (huitième session, Copenhague),.....................287 et 350
Considérations cliniques sur le régime diététique à l'état pathologique, par le Dr Piétro Masucci (analyse)......................... 31
Cordes vocales (Recherches expérimentales sur la tension des), par le Dr Bowditch......................... 274
Corps étrangers des fosses nasales chez un jeune enfant, noyau de cerise, par le Dr Desprès............... 381
Corps étrangers dans les voies aériennes, trachéotomie, guérison, par le Dr Keeling...................... 187
Corps étranger siégeant à la bifurcation de la trachée, par le Dr P. Koch... 131
Crête auditive (Contribution à l'étude de la) chez les vertébrés, par le Dr Ferré (analyse)..................... 52
Croup (Contribution à l'étude du) des bronches, de son rapport avec le pemphigus des muqueuses; Observations, par le Dr Mader........... 89

Pages. Pages.

D

Diapason (Du) comme élément de diagnostic des maladies de l'oreille, par le Dr Pomeroy.............. 92

E

Eclairage (Nouvel) électrique, par le Dr J. Baratoux 349

Epiglotte (Du rôle de la portion libre de l') et des fossettes glosso-épiglottiques; contribution à l'étude de la déglutition, par le Dr Guinier.......... 166

Epilepsie produite par l'hypertrophie de la muqueuse nasale, par le Dr Löwe...................... 84

Epistaxis, hémorrhagie par le canal lacrymal, par le Dr Hoadley Gabb............ 155

Epithélioma primitif de l'amygdale, par le Dr Bryson Delavan (analyse)... 117

Epithélioma de l'amygdale envahissant le voile du palais, le plancher de la bouche et la base de la langue; ligature de la carotide externe, résection partielle du maxillaire inférieur, ablation de la tumeur, par le docteur Polaillon............... 118

Excoriations (Des) superficielles de la langue, par le Dr Hack.................. 61

Exposition de Bordeaux.... 32

Extirpation du larynx (Trois observations d'), par le Dr Maurer.................... 59

Extirpation (Un cas d') du larynx, par le Dr Maydl.. 307

F

Fibromes multiples de la peau, de la paroi postérieure du larynx situés au-dessous des cordes vocales; périchondrite aryténoïdienne tuberculeuse, par le Dr Hering.. 286

Fibromes du lobule de l'oreille, par le Dr Ruault 191

Fourchette laryngienne pour l'extirpation des néoplasmes du larynx, par le Dr Voltolini......... 310

Fracture du rocher (Une observation d'un cas de); discussion du diagnostic, par le Dr Jacquemart..... 252

G

Goître du traitement (Du) à l'aide d'injections parenchymateuses d'arsenic, par le Dr Grummach...... 90

Goître (Du) retro-pharyngo-œsophagien, par le Dr Kauffmann................. 382

H

Hémorrhagie de la gorge après la scarlatine nécessitant la ligature de la carotide primitive, par le Dr Pepper.................. 120

Herpès (contribution à l'étude de l') des muqueuses; de l'herpès du larynx, par le Dr David. (anal.)... 76

Hypertrophie (de l') du tissu osseux des cornets considérée au point de vue pratique, par le Dr Bryson-Delavan...................... 121

I

Index bibliographique, 61, 94, 125, 159, 223, 316, et 351

Impuissance vocale (Sur une forme d') due à des processus pathologiques, par le Dr Langmaid....... 247

Institut opératoire (résumé du second exercice de l') de l'hôpital de la Princesse, par le Dr Ariza (Analyse)..................... 151

Pages.

Insufflations (nouvel appareil pour les) de chlorhydrate d'ammoniaque, par le Dr J. Baratoux......... 383

K

Kystes (Du développement des) dans les sinus nasaux, par le Dr Gottfried Scheff........................ 216

Kystes (des) du larynx, par le Dr Blanc.................. 324

L

Labyrinthe membraneux (De l'inflammation aiguë du) de l'oreille prise par erreur pour la méningite cérébro-spinale épidémique, par le Dr Voltolini (analyse).................... 77

Langue noire (un cas de) par le Dr E. J. Moure...... 276

Laryngite tuberculeuse, valeur de la trachéotomie, par le Dr Beverley-Robinson............................ 214

Laryngite sèche (sur un nouveau cas de), avec amas de mucosités simulant un point membraneux. Paralysie nerveuse concomitante, par le Dr E. J. Moure................ 161

Laryngite catarrhale chronique, poussées congestives au moment de l'apparition des règles, par le Dr E. J. Moure......... 300

Laryngite striduleuse (un cas mortel de), par le Dr John Munn.................. 31

Laryngoscopie (Manuel pratique de) et de laryngologie, par le Dr Poyet (analyse)..................... 149

Larynx (Congestion du) d'origine paludéenne, par le Dr Briaud..................... 185

Pages.

Larynx (inflammation et ulcération du) à la suite de la rougeole et de la scarlatine, par le Dr Norman Moore........................ 184

Larynx (Répertoire clinique des maladies du), par le Dr Moura-Bourouillou..... 360

Larynx (Quelques cas tirés de la pratique), par le Dr Max-Schœffer........... 182

Lobule de l'oreille (Déchirures multiples du), autoplastie, par le Dr Lucas-Championnière............. 220

Lombric (Sortie d'un) par le conduit auditif d'un enfant, par le Dr Dagand... 255

Luxation (Cas de) complète du cartilage arytenoïde, tout entier dans le larynx, avec sténose laryngée consécutive, par le Dr Chvostek..................... 309

M

Maladie de Ménière par otite catarrhale, par le Dr Bouchut.......................... 254

Maladie de Bright (du tintement d'oreille et de la surdité qui accompagne les différentes formes de), par le Dr Turnbull......... 305

Monstruosités rares chez un enfant né avant terme, par le Dr Chiari............ 92

Morphologie (Contribution à l'étude de la) du larynx, par le Dr Rückert.......... 154

Motilité (Expériences relatives aux troubles de la) produites par les lésions de l'appareil auditif, par le professeur Vulpian.... 93

Muguet (Du) de la gorge dans la fièvre typhoïde, par le Dr Duguet.......... 187

Pages.

N

Nasales (Asymétrie des cavités), par le Dr Harrison-Allen 272
Nécrologie : Krishaber...... 158
Nécrologie : Bruns........... 159
Névroses avec vertiges, folie, délire, paralysie, convulsions épileptiformes produites par les maladies de l'oreille interne chez les enfants, par le Dr Bouchut.................. 347
Névroses (Les) d'origine réflexe et les affections nasales, par le Dr Hack...... 85
Nez (Observations de maladies du) et du palais, par le Dr Carl Seiler...... 88
Nez (Phénomènes réflexes occasionnés par les maladies du), par le Dr Elsberg......................... 270
Nez (Muqueuse du) et de la gorge à l'état de maladies, par le Dr Rumbold. 306
Nitrate d'argent (Action du) sur la muqueuse de la gorge, par le Dr Carl Seiler......................... 304

O

Œdème (De l') des replis ary-épiglottiques dans les maladies chroniques du larynx, par le Dr Gouguenheim.................... 345
Œdème de la glotte (Trois cas d'), par le Dr Gouguenheim.................... 346
Œsophagite des enfants à la mamelle, par le Dr Lewis Smith.................... 189
Odorat (De l') au point de vue hygiénique et médico-légal, par le Dr Clinton-Wagner....................... 272
Oreille (Coups sur l'), par le Dr Dalby................. 124

Pages.

Oreille (Manuel pratique des maladies de l'), par le Dr Guerder, analyse). 48
Oreille (Rapport sur les maladies de l') traitées à la clinique du professeur G. Gruber, du 1er janvier au 31 décembre 1881, 16 et.. 33
Ostéite condensante de l'apophyse mastoïde, par le Dr Buck....................... 221
Otite moyenne aiguë, paralysie faciale concomitante, guérison, par le Dr E. J. Moure..................... 97

P

Paralysie (De la) des récurrents, par le Dr Brieger... 285
Paralysie des dilatateurs de la glotte par le docteur Gésenius.... 309
Paralysie isolée (Contribution à l'étude de la) du muscle ary-aryténoïdien, par le Dr Lauga. (Clinique du Dr E. J. Moure) 105
Paralysie (Etude sur la) isolée du muscle ary-aryténoïdien, par le Dr Lecointre (analyse)............... 75
Paralysie du nerf récurrent (Remarques à propos de la communication du prof. Sommerbrodt), par le Dr Semon................ 185
Paralysie des constricteurs du pharynx simulant un rétrécissement spasmodique de l'œsophage, par le Dr Bosworth............. 251
Paralysie laryngienne à la suite d'anévrysme, par le Dr Porter..................... 270
Paralysie du facial dans ses rapports avec les maladies de l'oreille, par le Dr Turnbull................. 303
Papillomes laryngiens; de leur valeur pour le diagnostic de la tuberculose, par le Dr Mayer........... 275

Pages.

Photographie du larynx, par le Dr French........... 270

Photophore électrique, par le Dr Helot.................. 152

Pilocarpine (de la) dans le traitement de la diphtérie, par les Drs Masseï et Somma...................... 156

Polypes des fosses nasales, ablation, par le Dr Trélat 30

Polypes du nez (De la destruction des) par l'acide chromique, par le Dr Donaldson...................... 248

Polypes (Du traitement des) de l'oreille, par le Dr Knapp........................ 255

Polypes (de l'opération radicale des) laryngiens, par le prof. Rose.......... 285

Polypes (Deux cas de) des fosses nasales, adhérences entre le cornet moyen et la cloison, un cas de pseudo-polype, par le Dr Jaquemart............... 343

Pneumatocèle (Contribution à l'étude du) du crâne, par le Dr Brunswick (analyse)............ 83

Pneumonie (De l'empêchement de la) par ingesta dans les opérations du larynx, par le Dr Schüller. 312

R

Rhino-chirurgie (Observations relatives à la), par le Dr Hack..................... 314

Rhumatisme articulaire aigu à début auriculaire, par le Dr Ménière......... 321

S

Société Française (Création d'une) d'otologie et de laryngologie.........129 et 175

Société Française d'otologie et de laryngologie (Compte-rendu de la), 146 367

Pages.

Société de laryngologie d'Amérique (Compte-rendu)................246 et 270

Sourd-muet (Le larynx et le pharynx du) par le docteur Marius Dupont......... 342

Spasme (Du) respiratoire et du spasme phonique de la glotte, par le Dr Hack. 88

Spray (Du) phéniqué dans le croup, par le Dr Demons.......................... 188

Sténoses (Deux cas de) de la trachée occasionnées par des tumeurs malignes, par le Dr Fisher............. 213

Sténoses (Deux cas de) syphilitiques du pharynx, par le Dr Jokolowski...... 278

Sténoses (Contribution à l'étude des) trachéo-bronchiques chez l'enfant, par le Dr Neumann............ 60

Surdité (Note sur un cas de) consécutive à une contusion cérébrale, par le Dr Richard Ellis......... 125

Surdi-mutité (La) en Prusse 126

Surdité réflexe, guérison, par le Dr C. Miot......... 257

Syphilis congénitale du larynx, par le Dr Percy Kidd.......................... 123

Syphilides tuberculeuses sur l'oreille, par le Dr Samuel Sexton............... 124

Syphilis héréditaire tardive, perte de substance du voile du palais, otite moyenne double, etc., par le Dr Noquet.......... 132

Syphilis, nécrose des os du nez, expulsion de la partie centrale du sphénoïde, par le Dr J. Baratoux...... 225

Syphilis de l'oreille (De la), par le Dr J. Baratoux.289 332

Syphilis (Manifestation des premiers symptômes de la) dans le larynx, par les Drs Chiari et Dworak..... 310

Pages.

T

Thérapeutique locale (Contribution à l'étude de la) des affections du larynx, par Weiss.................. 59

Thyroïde (Sur une disposition singulière de la partie laryngienne du cartilage). Ventricule antérieur supplémentaire du larynx, par le Dr G. Coupard.......................... 74

Thyrotomie pour un cas de polype; épithélioma consécutif, par le Dr Solis-Cohen......................... 273

Trachéotomie (La) dans la tuberculose laryngée, par le Dr Ariza.................. 91

Trachéotomie (Un cas de mort subite après la), par le Dr Ash.................... 275

Traitement (Du) de la tuberculose laryngée, par le Dr Balmer Halsarzt........ 181

Traitement des affections du larynx et du nez (Nouveaux instruments pour le), par le Dr Carl Seiler. 189

Traitement (Du) chirurgical de l'ozène, par le docteur Wolkmann............ 216

Traitement de la phtisie laryngée, par le Dr Fletcher-Ingals........................ 249

Traitement (Du résultat du) des fibromes naso-pharyngiens......................... 272

Trépanation de l'apophyse mastoïde dans les maladies, de l'oreille par le Dr Wheeler................ 125

Tuberculose (De la) dans ses manifestations du côté du larynx, par le Dr Solis Cohen (analyse) 179

Tuberculose laryngée (Du pronostic et du traitement de la) par le Dr E. J. Moure........................ 229

Pages.

Tuberculose laryngée (De la guérison des ulcères de la), par le Dr Jarvis... 250

Tuberculose laryngée, nécrose et expulsion d'un cartilage aryténoïde, exostose du cricoïde ayant formé une épine osseuse et perforé l'œsophage, par M. Dignat, 239- 260

Tuberculose laryngée (Des formes cliniques de la), pronostic et traitement, par le Dr A. Ducau (analyse).......................... 374

Tuberculose du voile du palais, par les Drs Guttmann et Lublinski......... 377

Tumeur sarcomateuse des fosses nasales, par le professeur Trélat.............. 156

Tumeur sanguine (Kyste) de la corde vocale inférieure gauche, par le Dr G. Coupard.......................... 211

Tumeurs congénitales du du larynx, par le Dr Johnson............................ 270

Tumeurs pharyngiennes, par le Dr Morgan......... 275

Tympan (Rupture du) occasionnée par l'action de plonger, par le Dr Wilson 124

U

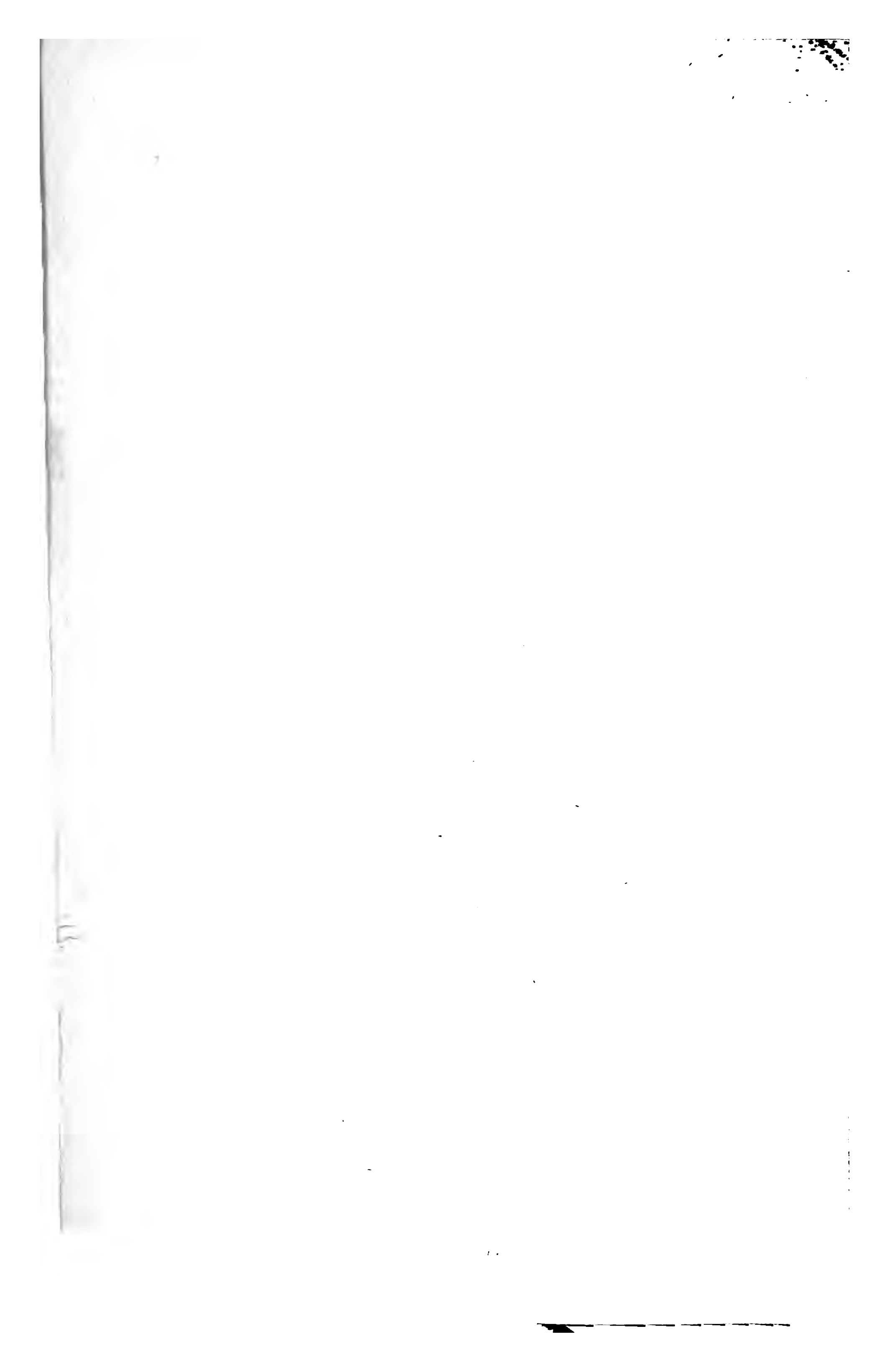
Ulcère tuberculeux du larynx, du diagnostic (De l'), par le Dr Fränkel...24 284

V

Ventricules (Eversion des) du larynx, par les Drs Solis Cohen et L. Elsberg, 280 281

Vertige (Du) de Ménière dans ses rapports avec les lésions des fenêtres ovale et ronde, par le docteur Gellé (analyse)....... 176

Voile du palais (Adhérence du) au pharynx, par le Dr A. Smith................ 276



665

